

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		男 女	生 年 月 日
氏 名			大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒	緊急連絡先:	
Tel	(- -)	身長	cm 体重 kg

◆当院にいらしたきっかけを教えてください I D :
 通りがかりに当院を見つけた 知人()の紹介・勧め かかりつけ医師の紹介
 ホームページを見て 看板を見て 近いから その他()

◆今日はどのようなことで来られましたか？

①かぜ症状 発熱 度 咳・痰 鼻水 喉の痛み 家族にインフルエンザ
 ②胃腸症状 下痢 嘔吐・吐気 腹痛(みぞおち・へそ・下腹部・右腹・左腹)
 ③胸の症状 動悸(とぶ・はよくなる) 息切れ(安静時・労作時)
 胸痛(締めつけ感・圧迫感・ズキズキ・キリキリ・)
 ④血圧 高血圧 検診で指摘された
 ⑤めまい ⑥足のむくみ ⑦頭痛 ⑧糖尿病 ⑨健康診断希望 ⑩自費診療(ドック)
 ⑪検診で再検査(心電図・採血) ⑫転院希望 ⑬その他()

◆その症状を詳しく教えてください(いつ頃から、どんな時におこるか、どのくらい続くか、など)
 ()
 ()

◆希望される検査はありますか？(心臓エコー・頸動脈エコー・下肢血管エコー・血管年齢)

◆今までにかかった病気はありますか？ ない・ある→()

◆現在、通院中の病院 ない・ある→()

◆現在、内服中の薬 ない・ある→()

飲めない薬 ない・ある→(漢方薬・カプセル・錠剤・粉薬・水薬・その他)

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ない・ある→()

◆家族の方で病気の方はみえますか？ いない・いる→(誰が: 病名:)

◆飲酒 飲まない・飲む(日本酒・ビール・その他 合/1日)

◆喫煙 吸わない・吸う(本/1日)(年間)

◆妊娠していない・している→(カ月) ◆授乳中(はい・いいえ) D

・気分の悪い方は、受付にお申し出下さい。
 ・検査や診察の状況で順番が前後することもありますので、ご了承下さい。