

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・令和 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・はやくなる) 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・その他)
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)

- ・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。