

ご記入日： 年 月 日

問診票

赤坂とも内科

ふりがな		大正・昭和・平成	男・女	身長	cm	ここ10年での体重変化
お名前		年 月 日生 歳	未婚・既婚	体重	kg	kg 増 / kg 減
住所	〒() - ()		TEL:			
<input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性有 <input type="checkbox"/> 授乳中						

★該当する項目に✓チェックを入れてください。

体温 ()℃

症状

●どのような症状がありますか？

風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある	<input type="checkbox"/> 咳が出る	<input type="checkbox"/> 喉が痛い	<input type="checkbox"/> 鼻水がでる
	<input type="checkbox"/> 寒気がする	<input type="checkbox"/> 関節が痛い	<input type="checkbox"/> たんが出る	<input type="checkbox"/> 頭痛
腹部症状	<input type="checkbox"/> お腹が痛い	<input type="checkbox"/> 吐き気がする	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 便秘
	<input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い	<input type="checkbox"/> 食欲がない		
胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> 圧迫感	<input type="checkbox"/> 動悸
	<input type="checkbox"/> 息苦しい			
その他症状	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 身体全体がだるい	<input type="checkbox"/> 更年期障害	<input type="checkbox"/> 尿もれ <input type="checkbox"/> 頻尿症状

※上記の症状に当てはまらない場合は、こちらへご記入下さい。

●症状はいつからですか？

 今日はじめて ()日前から 時々 ずっと前から 現在痛みはない

●現在治療中もしくは、過去に治療を受けた病気がありますか？（※ある場合は、項目を選択して下さい）

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 心臓疾患（不整脈含む）
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 脳疾患	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 緑内障
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

●現在服用中のお薬がありますか？（※ある場合は、お薬名をご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示下さい。）

<input type="checkbox"/> ある	お薬名 ()
<input type="checkbox"/> ない	

●お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？（※ある場合は、お薬名や食品名をご記入下さい。）

<input type="checkbox"/> ある	お薬名 ()
<input type="checkbox"/> ない	食品名 ()

●手術を受けたことがありますか？（※ある場合は、いつ、何の手術を受けられたかをご記入下さい。）

<input type="checkbox"/> ある	いつ ()
<input type="checkbox"/> ない	部位 ()

●今までに喘息と言われたことがありますか？

 はい 咳喘息 小児喘息
 いいえ

●ご両親、ご兄弟で手術や病気の治療をしている方がいらっしゃいますか？

 はい
 いいえ

●当院を何で知りましたか？

 HP 病院検索サイト(サイト名) 看板 広告 友人知人より紹介 その他()

※その他 気になる事があれば、ご記入下さい。