

問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

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	〒() - ()		自宅 TEL:			
			携帯 TEL:			

★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	
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"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 身体全体がだるい	

※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 ()

● 本日 食事をしましたか？

はい
 いいえ

● 女性の方 (※該当するものがあればご記入下さい。)

妊娠中 () カ月 妊娠の可能性あり 授乳中

● 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。