

患者コード	体温 ℃
-------	---------

※下記の太枠内の項目をご記入ください。

問 診 票

年 月 日

ご 本 人 様	フリガナ		男	明治・大正
	氏名		・	昭和・平成
			女	年 月 日 (歳)
	住所	(〒 -)		
	連絡先1	() -	自宅・携帯・その他()	
連絡先2	() -	自宅・携帯・その他()		
1. どのような症状で来院しましたか？（複数でも可）				
<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 気持ちが悪い <input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
2. その症状はいつ頃からですか？				
<input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 今朝から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 昨夜から <input type="checkbox"/> 2、3日前から <input type="checkbox"/> 一週間前から <input type="checkbox"/> 二週間前から <input type="checkbox"/> 数週間前から <input type="checkbox"/> その他 ()				
3. その症状で他の医療機関に受診されましたか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (医療機関名：)				
4. 今までに通院・入院された病気がありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名：)				
5. 現在使用しているお薬はありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名：)				
6. お薬や食事に対するアレルギーはありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (アレルギー：)				
7. 妊娠の有無				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
8. ご家族の方で以下の病気に罹患していた方はおられますか？				
<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()				
ご回答ありがとうございました。 診察までもうしばらくお待ち下さいませ				

※ 問診票にご記入いただいた個人情報は、当院の個人情報の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます。