

# 問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ			生年月日 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和   年   月   日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和   (   歳 )	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前			自宅電話		
ご住所	〒		携帯電話		
			Mail		
勤務先・学校		職業		勤務先電話	
当医院から連絡してもよいご連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> 勤務先電話 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後   時頃 )			
当医院を知ったきっかけ		<input type="checkbox"/> ご紹介 ( 紹介者名   ) <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 (   )			
今日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気			
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <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"/> だるい			
	肛門の違和感	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れぼったさ <input type="checkbox"/> 膿が出る			
	怪我をした	どこを怪我しましたか (   )			
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み			
	検査・検診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 乳がん検査 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他 (   )			
	自費治療	<input type="checkbox"/> 美容点滴・内服 <input type="checkbox"/> ダイエット注射 <input type="checkbox"/> AGA 治療 <input type="checkbox"/> ED 治療 <input type="checkbox"/> その他 (   )			
	その他	<input type="checkbox"/> 検診の再検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> その他 (   )			
※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。					
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> (   ) 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない				
現在治療中の病気、 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 ( 不整脈も含む ) <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 (   )			
飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 (   ) ●お薬手帳をお持ちの方は ) 受付にご提示ください。			
お薬や食品で アレルギーが出たことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 (   ) 食品名 (   )			
手術をされたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃 (   ) 部位 (   )			
食事はされて来ましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (   ) カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中				