

ID ()

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明 大 年 月 日	男 ・ 女
氏 名			昭 平 (才)	
住 所	〒 -	電話番号	自宅 () - 携帯 - -	

1 本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまるもの全てにレをつけて下さい。

- 息苦しい 胸が痛い 動悸（心臓がドキドキする） 脈が（速い、遅い）
血圧（高い、低い） むくみがある（顔、両下肢） 失神したことがある
気になることがある（血糖値、動脈硬化、コレステロール、甲状腺、高脂血症）
風邪症状（咳がでる、熱がある °C、のどが痛い、痰がでる） 体温 °C
健康診断で指摘された 心電図で異常を指摘された 他病院からの紹介
その他（ ）

2 上記の症状はいつ頃からですか？

- () 日前から () ヶ月前から () 年前から
いつからかわからない
 現在も症状はありますか ない ある… 1日に何回ぐらいありますか () 回

3 上記のことで、他の病院で診察をお受けになったことがありますか？

- ない ある（薬の処方 点滴 入院を勧められた）

4 現在、治療中の病気で使われているお薬はありますか？

- ない ある 病名〔 〕
 薬品名〔 〕

5 薬のアレルギーがありますか？

- ない ある〔 〕

6 女性の方にお聞きします。現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

- ない ある（出産予定日： 年 月 日） わからない

7 タバコは吸いますか？

- 吸わない 以前吸っていたがやめた 現在も吸っている（ 本 / 日）（ ）年

8 お酒は飲みますか？

- いいえ はい（ ほぼ毎日、 週 2 ~ 3 日、 週 1 日、 2 週に 1 日、 月に 1 日以下）

* 初めて来院された方のみお答え下さい。

当院を受診されたきっかけについて

- 通りがかりに見つけた 家族や知人から紹介された チラシや広告でみた
ホームページで見た 他の医療機関などから紹介された（名称： ）
 その他（ ）

ご記入いただきましたら受付に声をかけてお渡しく下さい。ご協力ありがとうございました。

個人情報については当院の個人情報保護方針に従い適切に取り扱います。