

問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	□大正		□男性 □女性
お名前		・	□昭和	年 月 日	
		性別	□平成	(歳)	
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
		Mail			
勤務先・学校		職業	勤務先電話		
当クリニックから連絡してもよいご連絡先		□自宅電話□携帯電話□Mail□勤務先電話 (□午前□午後 時頃)			

該当する項目に✓チェックをつけてお答えください。

今日は どうされましたか？	風邪症状	□熱 □咳 □鼻水 □たん □咽頭痛 □関節痛 □寒気 □その他 ()
	腹部症状	□腹痛 □吐き気 □下痢 □便秘 □胃の調子が悪い □食欲がない □その他 ()
	胸部症状	□胸痛 □胸が苦しい □圧迫感 □動悸 □息苦しい
	その他症状	
	肛門の違和感	□出血 □痛みがある □腫れぼったさ □膿が出る
	怪我をした	どこを怪我しましたか ()
	皮膚症状	□湿疹 □かゆみ □痛み
	検診・検査	□乳がん □大腸がん □骨粗しょう症 □胃がん □甲状腺
	その他	□検診の再検診 □健康診断
※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？	□今日はじめて□ () 日前から □時々 □ずっと前から	
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？	□ない □ある	※「ある」とお答えの方 □糖尿病□高血圧症□前立腺肥大症□心臓疾患 (不整脈も含む) □肝臓疾患□脳疾患□高脂血症□緑内障□その他 ()
飲んでいる お薬はありますか？	□ない □ある	※「ある」とお答えの方 ・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？	□ない □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？	□ない □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？	□はい □いいえ	
女性の方へ	□妊娠中 () ヶ月□妊娠の可能性あり□授乳中	