問　診　票

令和　　年　　月　　日

ふりがな お名前		男・女	大・昭・平・令　　年　　月　　日生　　歳		
ご住所	〒		電話		
身長　　cm	体　重　　kg	診察前の体温　　℃	普段の体温　　℃		

【下記の項目についても記入もしくは○印をつけて下さい。】

1．どうしましたか？

痛い　だるい　かゆい　熱がでた　気持ち悪い　はきけ　下痢　めまい　むくみ

かぜ　（　せき　・　たん　・　のど　・　鼻づまり　・　鼻水　・　くしゃみ　・　頭痛　・　寒気　・　熱　）

痔　（　痛み　・　出血　・　いぼ　・　脱出　・　膿　）

花粉症（　鼻水　・　鼻づまり　・　くしゃみ　・　眼のかゆみ　・　涙　）

健康診断の精密検査　・　その他（　　）

2．どこがですか？　部　位（　　）

3．いつ頃からですか？　今日から　・　きのうから　・　　年　　月　　日頃から

4．普段の生活状況を教えてください。

○食　欲　　ア．普通　　イ．あまりない　　ウ．まったくない

○便　通　　ア．快便　　イ．便秘　　ウ．下痢　　エ．便秘と下痢を繰り返す

○尿の回数　　ア．普通　　イ．トイレが近い（夜間　　回）　ウ．がまんできないことがある

○睡　眠　　ア．よく眠れる　イ．あまりよく眠れない　○月　経（正　不順　月経中　妊娠中　終了）

○たばこ　　ア．１日　　本程度　イ．吸わない　○飲　酒　ア．毎日（１日　　合）　イ．時々（　合）

5．薬や注射や食べ物で、じんましん、腹痛、下痢などを起こしたことがありますか？

ア．ある（薬の名前：　　）　イ．ない　ウ．アレルギー体質（花粉症、ぜんそく、アトピーなど）

6．いままでにひどい病気や、手術をした事がありますか？

ア．ある（病名：　　／　　年　　月頃）　イ．ない

7．いつも飲んでいる薬はありますか？　ア．ある（市販薬・病院の薬／薬の名前：　　）イ．ない

8．いまどこかの病院にかかっていますか？ア．いる（病医院の名前：　　）イ．ない

9．血縁者について次の病気はありますか？

（血縁者）　父　　母　　伯　父　　伯　母　　兄弟姉妹　　子　供

①　なし　　②　高血圧　　③　糖尿病　　④　心筋梗塞　狭心症　　⑤　高脂血症

⑥　癌　　⑦　ぜんそく　⑧　花粉症　　⑨　脳出血　脳梗塞

10．当院へいらしたきっかけは何ですか？

ア．家族が通っている　　イ．自宅・会社から近い　　ウ．知人・近医の紹介　　エ．電話帳を見て

オ．インターネット　　カ．以前来た（　　年頃）　　キ．その他（　　）

11．診察の時に聞きたいこと、御要望等あればお書き下さい。（錠剤が飲めない・粉薬が飲めないなど）

12．お呼び出しの方法はどちらを希望されますか？

ア．名前での呼び出しをして下さい。　　イ．番号での呼び出しをして下さい。

※　記入のない場合は名前にてお呼び出しさせていただきます。

13．　お薬手帳への記載を希望しますか？　　ア．はい　　イ．いいえ