

問診票

問診票は診察に役立つものです。下記の項目についてご本人または、付き添いの方が記入、もしくは○で囲んで下さい。

ご記入いただいた個人情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。ご協力お願いいたします。

氏名 生年月日 住所 自宅 携帯番号

1. 本日の受診理由をお書きください。

①いつ頃から、()

②どこが、どのような具合ですか？()

2. 現在または以前に、ほかの病院に通院・入院してしていた事がありますか？

・外来 (現在も通院中・ある・ない) 病院名 ()

・入院 (ある・ない) 病院名 ()

・服用されているお薬 ()

3. 今までに、薬や食べ物で身体がかゆくなったり、気分が悪くなった事がありますか？(アレルギー等)

いいえ・はい(わかれば具体的に:)

4. 今までに大きな病気にかかった事がありますか？

いいえ・はい(かかった事があるものに○をつけてください)

がん・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃腸の病気
肺や気管支の病気・目の病気・足腰の病気・その他()

5. 今までに手術を受けた事がありますか？

いいえ・はい()

6. お酒は飲みますか？

いいえ・(やめた場合はその時期:)

はい(時々・3~4日おき・1~2日おき・ほぼ毎日)

7. たばこは吸いますか？

いいえ・(やめた場合はその時期:)

はい(本/日)

8. 女性の方にお尋ねします。

・妊娠されていますか？ はい(ヶ月)・可能性あり・いいえ

・現在妊娠中ですか？ はい・いいえ

・生理は規則正しくきていますか？

はい・いいえ(いいえの場合どのような状況ですか)

・生理前、生理中、生理後に身体や気分に変わりが有りますか？

はい・いいえ(いいえの場合どのような症状ですか？)

9. 診察や治療についてご希望がございましたらお書きください。

※患者様のご状態によっては、診察の順番が変わることもありますので、あらかじめご了承ください。
また何かお気づきの点がございましたらスタッフにお気軽お申し付けください。