

問 診 票

年 月 日

ふりがな					男 ・ 女
氏 名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	才
	西暦				
住 所	〒 -				
電話番号	() -				

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？

●いつから (月 日 時頃から) (日前頃から)

●どこが、どんな感じですか？

部位:

症状:

(その他気になる症状があれば○で囲んでください)

頭をぶつけた 頭痛 吐気、嘔吐 けいれん
 目が見えづらい ふらつき 物忘れ 発熱(. °C)
 咳、痰 下痢 言葉がしゃべりにくい
 手足が動かしにくい(右手・右足・左手・左足)
 しびれ(右手・右足・左手・左足・指先・顔面)
 痛み(部位:)

2. 今までにかかった病気はありますか？(○で囲んでください) (はい・いいえ)

高血圧・糖尿病・高脂血症・脳疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病
 胃潰瘍・リウマチ・痛風・喘息・結核・その他()

又、その病気で他の医療機関に受診されていますか？ (はい・いいえ)

医療機関名()

3. 最近、近親者にインフルエンザと診断された方はおられますか？ (はい・いいえ)

4. 手術を受けられた事がありますか？ (はい・いいえ)

手術部位()

いつ頃受けられましたか？(年 月頃)

5. 薬や食べ物でアレルギーを起こされたことはありますか？ (はい・いいえ)

6. 喫煙歴はありますか？ (はい・いいえ)

はいの方⇒ _____本/日 _____歳から _____歳まで _____年間

7. アルコールは飲みますか？ (はい・いいえ)

はいの方⇒ _____回/週 1回量()

8. 女性の方にお聞きします。 (はい・いいえ)

現在妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

★ 当院の個人情報保護の取り扱いについて同意頂けますか？ (はい・いいえ)

ご本人自署 代理人 続柄