

問 診 票

ふりがな		生年 月日	明治・大正・昭和・平成			年 齢	才
氏 名			年	月	日生		
住 所	〒					性別	男・女
電話番号		携帯番号					

1. どうなさいましたか？ (該当のするものを○で囲ってください)

いつからですか？

今日 昨日 2日前 3日前 4日前 1週間前 2週間前 1ヶ月前
それより前 ()

かぜ症状

熱がある () 度) のどが痛い 鼻水 鼻づまり 咳 痰 () 色) 頭が痛い 関節が痛む 体がだるい

頭・目

頭痛が続く めまいがする 気を失う

胸

胸が痛む 胸に圧迫感がある 動悸がする 息切れがする

お腹・背中

お腹が痛む 吐き気 嘔吐 食欲がない お腹が張る 下痢 便秘 黒い便、血便が出た 背中が痛い

手足

手足がむくむ 手足がしびれる

その他

体重が減る 体がだるい イライラする 夜眠れない 健診で異常を指摘された 健康診断のご希望
予防接種のご希望 中央市民病院より転医 自費診療のご希望 他()

2. 今までかかった病気、また現在治療中の病気はありますか？ (いいえ / はい)

肝疾患 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 高血圧 高脂血症 糖尿病 狭心症/心筋梗塞 脳卒中
痛風 喘息 結核 腎臓病 その他 ()

上記の病気について詳しく教えてください。

()

また、現在治療を受けていますか？

受けていない / 受けている (病院名:) 病名:)

3. 現在飲まれているお薬はありますか？ (いいえ / はい)

薬の名前は？ ()

4. タバコは吸いますか？ 吸わない 禁煙中 吸う () 本/日 を () 年間

アルコールは飲みますか？ 飲まない 時々 飲む () を () 合(本)

5. お薬や食べ物でアレルギーになったことがありますか？

なし ある(何で:)

【女性の方のみお答えください。】

6. 現在妊娠中ですか？ (いいえ / はい) 妊娠 () か月

7. 現在授乳中ですか？ (いいえ / はい) お子様は生後 () か月

