# 問診票（一般）

記入日：　　年　　月　　日
診察券番号：

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 男<br>女 | 生年月日<br>年齢 | 大・昭・平・令<br>年　月　日<br>（　歳） | |
| 氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | （自宅） | （携帯） | | | |
| 体温 | ℃ | 身長 | ㎝ | 体重 | kg |

※初診の方は太枠内全て記入をお願いします。

**●いつから、どのような症状がありますか？**

・いつから？（例：○日前から）

**・どのような症状ですか？該当する症状にチェックしてください。**

☐ 発熱（体温：　℃）　☐ 腹痛　☐ 下痢（1日　回）　☐ 便に血が混ざる
☐ 便秘　☐ 腹部膨満感　☐ 吐き気　☐ 嘔吐　☐ 食欲がない　☐ のどの痛み
☐ 咳や痰　☐ めまい　☐ 動悸　☐ 息苦しい　☐ 体がだるい　☐ 頭痛
☐ その他（　　）

**●現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？**

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 心筋梗塞・狭心症　☐ 不整脈　☐ 脳出血・脳梗塞
☐ がん（部位：　　）　☐ その他（　　）

**●現在服用している薬はありますか？（※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出してください）**

☐ なし　☐ あり（薬品名：　　）

**●薬や食べ物などのアレルギーはありますか？**

☐ なし　☐ あり（食べ物名・薬品名：　　）

**●今までに入院したことや手術を受けたことはありますか？**

☐ なし　☐ あり（病名：　　病院名：　　）

**●お酒を飲みますか？**

☐ いいえ　☐ はい（どれぐらい飲みますか：　　）
（例；1日ビール350ml、日本酒1合、機会飲酒、1週間に〇〇回程度など）

**●タバコ（電子タバコ含む)を吸いますか？**

☐ いいえ　☐ はい（1日の本数：　本）　☐ 禁煙した（　歳から）

**●女性の方のみ**

・現在妊娠中ですか？　☐ いいえ　☐ 可能性がある　☐ はい（妊娠　週）
・現在授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい

**●本日の受診に付き添いの方はいますか？**

☐ いいえ　☐ はい（ご関係：　　）

ご協力ありがとうございました
西口おなかのくどう内科