診察券番号

問　診　表

年　　月　　日

ふりがな	男 女	職業
御名前　　様		
御住所　〒 TEL　（自宅　）　　－　　－　　（携帯電話）　　－　　－		
生年月日　大正　昭和　平成　　年　　月　　日生　　才		

身長　　ｃｍ　　体重　　ｋｇ　　体温　　℃

スタッフ記入欄【血圧】右　　mmHg　左　　mmHg（SpO2　　％・食事時間　　）□喘息　□緑内障　□前立腺肥大

◇どのような症状でご来院されましたか？

□発熱　□鼻水　□せき　□たん　□咽頭痛　□動悸　□胸痛　□息苦しさ　□息切れ　□むくみ

□嘔吐　□腹痛　□下痢　□便秘　□血便　□体重減少　□頭痛　□しびれ　□めまい　□関節痛　□排尿異常

□倦怠感　□発疹　□不眠　□花粉症　□健診で異常を指摘（　　）

□その他（　　）

◇いつからですか？　□本日から　□昨日から　□＿＿＿日前から　□＿＿＿週間前から　□＿＿＿か月前から

◇今までにかかった、あるいは現在かかっている病気を教えてください。

□特にない □持病がある、もしくはかかったことがある（↓にチェックをお願いします）

生活習慣病：　□糖尿病　□高血圧　□脂質異常症　□痛風・高尿酸血症

心臓病：□心不全　□狭心症　□心筋梗塞　□不整脈　　脳血管障害：□脳卒中（脳梗塞、脳出血）

胃腸疾患：　□肝臓病　□胃潰瘍　□便秘症

その他：□不眠症　□うつ病　□肺炎　□結核　□ぜんそく　□緑内障　□前立腺肥大

□がんの検査・治療中（がんの部位：　　）　□がんの治療後（がんの部位：　　）

□上記以外の疾患（　　）

◇他の病院にかかっていますか？（医療機関名　　）

◇現在服用している薬はありますか？（　　）

◇新型コロナワクチン接種はされていますか？　　未　・　済　（1回目　　2回目　　）

◇アレルギーがありますか？検査や投薬に際し需要な情報となるため必ずチェックをお願いします。

花粉症：□ない　□ある（花粉名：　　）　薬物：□ない　□ある（薬物名：　　）

食物：□ない　□ある（食物名：　　）　その他：□ない　□ある（原因となるもの：　　）

◇たばこ　□吸う＜1日　　本　喫煙年数　　年＞　☞　禁煙外来に興味はありますか？　□ある　□ない

□吸わない　　□やめた　＜禁煙後　　年＞

◇アルコール　　□飲まない　□毎日　　□時々　　＜日本酒1日　　合＞　＜ビール1日　　ml＞

◇女性の方のみにお聞きします。検査や投薬に際し重要な情報となるため該当するものにチェックをお願いします。

□妊娠していない　□妊娠中（　　週）　□授乳中　□妊娠している可能性がある　□閉経

◇その他希望されることがありましたらお書きください

（　　）

★飲んでいるお薬のお薬手帳あるい薬一覧表をおもちであればご提示をお願いいたします。

◇当院を受診されたきっかけを教えてください

□以前より院長に受診　□医師の紹介　□インターネット　□知人の紹介　□家族の紹介　□看板広告

□その他（　　）

＊この問診票は診察目的にのみ使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。

萩原うかい内科