

問診表

記入日

年

月

日

ふりがな		男女	住所	〒
氏名	(生年月日 年 月 日生)			
身長	cm	体重	kg	電話番号
緊急連絡先(お名前/関係/電話番号) 旅行中、帰省中の方は特にお願いします。				

1. 今日はどんな症状で受診されましたか？ 熱 (度)
症状 ()
いつから ()

2. 現在までに次の病気にかかったことがありますか？

①はい (はいの方は下記に○を付けて下さい)

②いいえ

A. 心臓病	B. 高血圧	C. 脳梗塞・脳出血	D. 肺疾患・ぜんそく	E. 糖尿病
F. 腎臓病	H. 肝臓病	I. 甲状腺疾患	J. アレルギー疾患	

3. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか？

①はい (病名:

輸血の有無: 有・無)

②いいえ

4. 現在、内服している薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい)

①はい (薬剤名:

)

②いいえ

5. アレルギー・花粉症・アトピーなど はありますか？

①はい (食物名/薬剤名/その他:

)

②いいえ

③花粉症

④アトピー

6. 女性の方へ

最終月経: 月 日

妊娠およびその可能性はありますか？

①はい (週数:)

②いいえ

授乳中ですか？

①はい

②いいえ

7. 喫煙: ①吸う (本/日くらいを 年間): ②吸わない

8. 飲酒: ビール 日本酒 ウィスキー ワイン /日くらいを 年間

当院を何でお知りになりましたか？

電話帳・建物看板・知人友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・
他医療機関の紹介・その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。

溝口内科

(DDまっぷホームページより印刷)