

# 問診票

お分かりになる範囲で結構ですので、下記ご質問にお答えください。

お名前	様	年齢	歳	性別	男 女
-----	---	----	---	----	-----

本日はどのような症状で来院されましたか。

いつごろから	( )から
症状	以下にあてはまるものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 目の痒み <input type="checkbox"/> 眩暈 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> その他( )
現在治療中の病気はありますか	以下にあてはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> その他( )
今飲んでいるお薬をお教えてください	
薬、食べ物のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的にご記入ください: )
レントゲン検査で使用する造影剤で副作用が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査名: ) <input type="checkbox"/> 検査を受けたことがない
いままでかかった病気を教えてください	
身内の方に次のような方がいますか	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他( )
喫煙	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 今もしている。 1日( )本を( )年
飲酒	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 現在飲んでいる 1日量( )を週( )日
1ヶ月以内に海外へ行ったことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (国名: 帰国日: 月 日 )
輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ頃: )
女性の方のみお答えください	1) 現在、妊娠の可能性はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わかりません 2) 現在、授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
あなたの今後に対する考えかたについてお尋ねします もしガンと診断された場合、告知を希望されますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わかりません

初診の方のみ以下をご記入ください。

生年月日	年 月 日	電話番号・携帯	( )
住所	〒 -		
何を見て当院をお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> インターネット( <input type="checkbox"/> PC・ <input type="checkbox"/> 携帯) <input type="checkbox"/> ご家族、知人の紹介 <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介 <input type="checkbox"/> その他( )		