

問診票

フリガナ _____ 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ TEL _____

〒 _____ 住所 _____

職業：会社員・会社役員・公務員・自営業・農林業・製造業・商業・サービス業・主婦・学生

1. 本日はどのような症状で受診されますか？ 該当するものに○印及び記入をお願い致します。

A.循環器疾患

動悸・息切れ・血圧上昇・胸痛・背部痛・浮腫・上下肢冷感・下肢疼痛・易疲労感
その他 _____

B.呼吸器疾患

発熱・咽頭痛・咳・鼻水・痰・喘息・呼吸困難・嘔声(声がれ)
その他 _____

C.消化器疾患

腹痛・胸焼け・悪心・嘔吐・食欲低下・下痢・便秘・血便・腹部膨満感・腰痛・背部痛
肛門痛・発熱・その他 _____

D.神経疾患

頭痛・発熱・めまい・しびれ・たちくらみ・力が入らない・耳鳴り・難聴・歩行困難・口語障害
嘔気・嘔吐・手の震え・複視・臉が垂れ下がる・不眠・気持の落ち込み・不安感
その他 _____

E.四肢・筋肉・骨疾患

肩こり・首の痛み・膝痛・腰痛・足の痛み・関節痛・手足のしびれ
その他 _____

F.その他

健診に引っ掛かった・薬希望・かかりつけ医変更希望・アンチエイジング希望・サプリメント希望

2. 現在、治療中の病気はありますか？また、服用中のお薬はありますか？

いいえ はい (病名： _____)

(薬品名： _____)

3. 今まで病気や手術をされたことがありますか？

いいえ はい (病名・手術名： _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

(病名・手術名： _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

4. 今まで薬や食べ物でじんましん等アレルギー症状がでたことがありますか？

いいえ はい (薬剤名・食べ物： _____)

5. 当院をなにで知りましたか？

(1)広告・チラシ・新聞 (2)看板・通りがかり (3)インターネット (4)知人の紹介

(4)他院からの紹介 (5)その他 _____