

問診票

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女	()	歳	
住所	〒					
電話番号	自宅： ()	携帯： -	-	-	-	-

該当する項目にチェック☑をお願いいたします。

来院目的	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 定期通院 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 注射・点滴 具体的に【 】					
持参書類	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 検診結果 その他()					
症状	いつから() どのような症状が() <input type="checkbox"/> 痛み 【 <input type="checkbox"/> あたま <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか その他() 】 <input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき その他()					
現在、指摘・治療されている病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	通院中の病院 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 () <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 <input type="checkbox"/> 外科 その他() 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(コレステロール・中性脂肪が高い) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 その他・具体的に()					
現在飲んでいる薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬のなまえ					
過去にかかった大きな病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	手術歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 入院歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
家族の既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病気のあった家族 (○で囲んでください) 母、父、兄弟姉妹 ()					
薬・食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> 動物() <input type="checkbox"/> 金属()					
喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 歳から現在も、 <input type="checkbox"/> やめた__歳から__歳まで) () 本/日・・・() まで吸っている/いた					
飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> やめた() まで 週() 日 種類・量()					
妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒() ヶ月	授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒() 歳 ヶ月					
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 1 近隣・知人のご紹介 <input type="checkbox"/> 6 インターネット検索 <input type="checkbox"/> 2 他医療機関からの紹介 (検索ワード：) <input type="checkbox"/> 3 通りがかり <input type="checkbox"/> EPARK 検索から <input type="checkbox"/> 4 ホームページをみて <input type="checkbox"/> 病院なび 検索から <input type="checkbox"/> 5 SNS (Instagram , Facebook)					