

# 問診票(初めての方)

フリガナ		性別	男・女		
氏名					
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳		
住所	〒		電話	( )	
職業		身長	cm	体重	kg

あなたの健康状態や病状を詳しく知り、今後の治療や診断の参考にするため、お手数ですが、以下の項目に記入をお願いいたします。分からない場合や、不明の場合は空欄で結構です。

## 1. 今日はどのような症状で見えましたか

発熱・咳・鼻汁・喉痛・くしゃみ・痰・腹痛・下痢・血便・血尿・

頭痛・倦怠感・関節痛・めまい・胸痛・吐気・嘔吐・その他 ( )

## 2. それはいつ頃からですか

## 3. 現在までに次の疾患にかかった事がありますか

じんましんやかぶれ等のアレルギー疾患又はアレルギー体質・ぜんそく・胃潰瘍または十二指腸潰瘍  
心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・結核・その他( )

## 4. 上記の他にこれまでに入院をしたり、手術を受けた事がありますか

ない・ある( )

## 5. これまでに注射や飲み薬で気分が悪くなったり、ショックにあったことがありますか

ない・ある( )

裏面へつづく

**6. あなたの家族や親類に以下の疾患の方はみえますか**

がん・結核・脳卒中・高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・先天異常  
精神病・その他( )

**7. タバコの量はどれ程ですか**

吸わない・吸う(一日に 本)・吸うのを止めた( 年前から)

**8. アルコールの量についてお尋ねします**

飲まない・飲む(毎日・週に 日くらい・月に 日くらい)  
(ビール 本・日本酒 合・焼酎 杯・ウイスキー 杯)

**9. 常用している薬はありますか**

ない・ある( )

**10. 女性の方にお尋ねします**

現在妊娠していますか はい・いいえ・わからない

また、授乳中ですか はい・いいえ

生理中ですか はい・いいえ

**11. 飲み薬として次のどれを希望されますか**

錠剤・カプセル・粉薬・水薬・こだわらない

**12. 注射についてお尋ねします**

希望する・希望しない・必要なら受ける

**13. その他何かありましたらご自由にご記入ください**

**※当院をどのように知りましたか**

他院からの紹介・ホームページ・家族、友人の紹介・近所・その他( )

当院は個人情報の保護に関する法令及び内部規定を遵守し、保有する個人情報の適正な管理・保護に努めます。