

患者ID: _____

問診票

フリガナ		性別	身長	体重	BMI
氏名		男・女	cm	kg	
生年月日	明・大・昭・平 (西暦)	年	月	日	歳
フリガナ					ご職業
住所	〒				
電話番号			E-mail		
携帯番号					

A: 初めての受診ですか? 来院時体温 (°C)
 はい いいえ

B: 今日はどうなさいましたか?
 熱が出た 鼻水が出る 咳が
 下痢 便秘 吐き気 めまい
 痛む → 頭 ・ のど ・ お腹 ・ 胸 ・ 首 ・ 肩 ・ 腰
 気分が悪い 他の病院から紹介された
 専門医療機関に紹介して欲しい 薬が欲しい
 予防接種が受けたい プラセンタ注射
 検査を受けたい(血液、尿、レントゲン、血管年齢、心電図など)
 健康診断 9000円 健康診断 4000円
 他の病院でもらっている薬を減らせるか相談したい
 その他 (

C: いつ頃からですか?
 _____時間前から _____日前から _____週間前から _____カ月前から _____年前から

D: 今までにかかった病気はありますか? (健康診断で指摘されたものも教えてください)
 特になし 高血圧 糖尿病 結核 脂質異常症 (高脂血症)
 貧血 心臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血 リウマチ
 ぜんそく 痛風 肝臓病 てんかん 前立腺肥大
 ガン 緑内障 花粉症 メタボリック症候群
 その他 (

手術や入院 なし あり ↓

①病名 () 期間 年 月 日～ 年 月
 ②病名 () 期間 年 月 日～ 年 月

※裏面もご記入下さい。

E：現在治療中の病気は有りますか？ はい 病名（ いいえ

F：現在内服しているお薬や注射は有りますか？ はい 薬剤名（ いいえ
お薬手帳をお持ちでしたら受付までお渡し下さい。

G：注射の際に使用するアルコール消毒で、赤くなったりかぶれたりした事がありますか？
はい いいえ

H：薬や食べ物(フルーツも含める)や虫刺されでアレルギーや蕁麻疹が出た事がありますか？
はい いいえ

↳ 何で出た事がありますか？ ()

I：親戚(血のつながりがある方)で下記の病気の方はおられますか？ なし あり
()に記号をご記入ください。 ※ガンの場合は何ガンかもご記入お願い致します ↓

父 又 は 父 方	父 ()	母 又 は 母 方	母 ()	兄 弟 ・ 姉 妹	兄 ()
	祖父 ()		祖父 ()		姉 ()
	祖母 ()		祖母 ()		弟 ()
	叔父 ()		叔父 ()		妹 ()
	叔母 ()		叔母 ()		

ア 糖尿病 イ 高血圧 ウ 心臓病 エ 脳梗塞 オ 脂質異常症 (高脂血症)
カ 脳出血 キ [※]ガン ク 遺伝病 ケ その他 ()

J：現在、妊娠している可能性は有りますか？(薬やレントゲンの関係で質問しています。)
はい いいえ 分からない

K：現在、授乳中ですか？
はい いいえ

L：本日の来院方法
徒歩 自転車 自動車 電車 バス その他 ()

M：どのようにして当院を御存知になりましたか？
広告 インターネット チラシ 紹介 ()
通りすがり その他 ()

N：患者様取り違え予防の為、顔写真の撮影にご協力お願い致します。

O：その他、ご相談がございましたら、ご記入ください。

※血圧手帳、お薬手帳、血糖値の管理手帳等ございましたら、受付時に提出して下さい。