



問診票

ID no. : []

※カルテ登録の為、保険証のスキャンをさせていただきます。予めご了承くださいませようお願い申し上げます

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	年齢	才
住所	〒 -		
電話番号	←連絡の取りやすい電話番号をご記入ください		

お子さんは学年と体重をご記入ください。(小学 年生 ・ kg)

◇この1か月以内で海外への渡航歴はありますか？ (はい → 渡航先: / いいえ)

1. どうなさいましたか？ (高熱)

- ＜かぜ症状＞現在の体温(°C) ・最近1~2日以内の発熱/熱感(熱感)はありますか？ あり / なし
 - ・ 熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い
 - ・ めまいがする ・ 寒気がする ・ 倦怠感
- ＜胸・からだ＞
 - ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れがする ・ 胸の圧迫感がある ・ 顔や体のむくみが気になる
- ＜お腹の症状の方→水分は十分に摂れてますか？ はい / ×いいえ⇒点滴を希望しますか？ はい / いいえ
 - ・ 胃痛 ・ 腹痛 ・ お腹のはり ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 食欲がない ・ 胸やけ ・ 血便 ・ 便秘
- ＜慢性的な疾患＞
 - ・ 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息
- ＜その他＞ ()
 - ・ 更年期症状 ・ 膀胱炎 ・ トイレが近い ・ 点滴希望 ・ プラセンタ希望 ・ 痛風発作

2. いつからですか？

- ・ 今日から ・ 昨日から ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それ以上 ()

3. その他

- ・ 健診で異常を指摘された * 健診結果をお持ちの方は受付までご提示ください
- ・ 予防接種 ()
- ・ その他 ()

4. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

- あるに○を付けた方はどのような病気ですか？
 - ・ 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 喘息 ・ 脳卒中
 - ・ その他 ()
- 現在治療されていますか？ している ・ していない

5. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？ ある ・ ない

- あるに○を付けた方はお薬、サプリメントのお薬名をご記入ください
- *お薬手帳、薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい

6. お薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

- あるに○を付けた方はどのようなものでアレルギーが出たことがありますか？
 - ・ 食べ物 () ・ 薬 () ・ その他、花粉症など ()

7. 女性の方のみ → 現在、どちらかにあてはまりますか？ 妊娠中 ・ 授乳中 / どちらでもない

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません)

- ・ 近所に(在住 ・ 通勤 ・ 通学路) ・ ホームページ ・ 広告(看板) ・ 知人の紹介
- ・ 他医療機関からの紹介 ・ その他()