

問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名		T・S・H・R 年 月 日
住所	〒	
電話番号	自宅： 携帯：	15歳以下の方 体重 Kg
職業	医療機関記入欄：体温 ℃ / SpO2 % 血圧 / mmHg	

① 本日来院された理由についてお聞きします。

● いつからですか？ (から)

● どのような症状ですか？

高血圧 糖尿病 コレステロール・中性脂肪 尿酸・痛風
 胸痛 動悸・息切れ パーキンソン病 リウマチ 甲状腺
 頭痛 めまい・ふらつき 胃痛・腹痛 食欲不振 むくみ
 喘息 皮膚のかゆみ 花粉症 便秘 健診で受診を勧められた
 その他 ()

※ 紹介状・健診結果をお持ちの方は受付へお出してください。

② 現在治療中、または過去にかかったことのある病気はありますか？

高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 肝臓病 腎臓病
 脳疾患 高尿酸血症・痛風 癌 パーキンソン病 リウマチ
 甲状腺 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症
 その他 ()

③ 現在飲んでいるお薬はございますか？

いいえ ・ はい ()

※ お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付へお出してください。

④ お薬や食べ物、その他アレルギーはございますか？

いいえ ・ はい ()

⑤ 【女性の方のみ】 現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい → (週・ヶ月)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

【乳児・小児の方のみ】 お薬の希望をお聞かせください。 シロップ・粉薬・錠剤

⑥ 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページを見て 家が近所 家族や知人の紹介 他院からの紹介
 その他 ()

ご協力ありがとうございます。 難波メディカルクリニック