

問診票

受付日・令和____年____月____日

フリガナ		男 ・ 女
お名前		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)	

※新患の方・1年以上診察されていない方は下記の部分もご記入下さい。

住所	〒□□□□ - □□□□□□				
電話番号	(自宅) (携帯)	緊急連絡先 (携帯等)	続柄		
病院記入欄	ID		入力者		確認者

◆身長 _____ cm ◆体重 _____ kg 体温 _____ °C

1. 本日、食事はされていますか？

 はい → 朝食 昼食 いいえ

2. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日～

◆あてはまる症状にしてください。

便秘 下痢 おなかが張る 腹痛 嘔吐 吐き気 血便
せき 鼻水 痰 のどの痛み 排尿時の痛み めまい 眠れない
胸が痛い 動悸がする 頭が痛い 胃が痛い
その他 (内容: _____)

3. 1ヶ月以内に海外にいかれましたか？

 いいえ はい 国名: _____) _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで

4. 今までにかかった事のある病気または現在治療中の病気はありますか？

なし あり 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧
 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 虫垂炎
 その他 (_____)

裏面の記入に続きます

