

患者ID _____

問診票

受診日 令和 年 月 日

ふりがな		男 女	大・昭・平・令	年	月	日		
お名前				(歳)				
ご住所	〒		電話 携帯					
身長	cm	体重	kg	血圧	/	脈拍	体温	°C
記入者：□本人 □本人以外（記入者名： _____）			受診者との続柄： _____)					

※この用紙は、必要な内容を電子カルテに取り込み、所定の期間保存します。その後、シュレッダーにかけ破棄いたします。

◎今日はどうされましたか (該当する症状にまたは記入してください)

<p>どこが：</p> <p>症状は：</p> <p>いつから：□今日初めて □時々 □()日前から □以前はあったが現在は症状なし</p> <p>本日の希望は：□診察 □検査 () □薬 □その他 ()</p>

◎その症状で他の病院にかかりましたか
□いいえ □はい (年 月 日からかかっている □紹介状あり)

◎今までに、または現在かかっている病気はありますか (手術も含む)
□いいえ □はい (病名 _____)

◎飲んでいる薬はありますか
□いいえ □手帳あり □手帳なし→薬品名 _____)

◎薬やアルコール消毒、食べ物でアレルギー症状が起きたことがありますか
□いいえ □はい (何で _____) (症状 _____)

◎家族歴を教えてください □なし □あり (下記項目に)
□脳疾患 □心疾患 □高血圧 □糖尿病 □脂質代謝異常 □がん

◎嗜好品について アルコール □飲まない □飲む (_____)
煙草 □吸わない □やめた □吸う (本/日 年)

◎女性の方で妊娠または可能性はありますか □いいえ □はい (週目)

◎現在授乳中ですか □いいえ □はい

◎当院をどのようにしりましたか □家族・知人の紹介 (_____)
□自宅の近く □職場の近く □その他 (_____)