

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 (歳) | | |
| お名前 | | | | | |
| ご住所 〒 | | | 電話 携帯 | | |
| 緊急連絡先： | 氏名： | 受診者との続柄： | | | |
| 身長 cm | 体重 kg | 血压 / | 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 □以前かかった □職場の近く □その他 ()