**問診票**

受診日　令和　　年　　月　　日

患者ID

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　㎝　　体重　　　　　㎏　血圧　　　/　　　　脈拍　　　　体温　　　℃ | | | | | |
| 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

どこが：

症状は：

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

本日の希望は：□診察　□検査（　　　　　　）□薬　□その他（　　　　）

**（該当する症状に☑または記入してください）**

◎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（　　　　　 　　）

index_logo.jpg□自宅の近く　□以前かかった　□職場の近く　□その他（　　 　 　　）