

問診票

初めて受診される方、気になる症状がある方、院長や看護師に伝えたいことがある方などに記入して頂いております。お分かりになる範囲で構いません。

氏名 _____ 男・女 _____ 歳 記入日（平成 年 月 日）

1. どのような症状がありますか？（ ）
2. それはいつからでしょうか？（ ）
3. くわしくお聞かせください。お伝えしたいことがある方もこちらへお願いします。

[]

4. 思い当たるふし、お考えの病名がありましたら、教えてください。

[]

5. 今までにかかった病気を教えてください。○をつけてください。

高血圧 糖尿病 脂質異常症（高コレステロール血症） 高尿酸血症
狭心症 心筋梗塞 不整脈 心不全 脳梗塞 脳出血
腎臓病（ ） 肝臓病（ ）
緑内障 前立腺肥大症 気管支喘息 甲状腺（ ）
咳喘息 自律神経失調症
手術（ ）

6. あなたの気になる体質について教えてください。○をつけてください。

冷え症 肩こり 疲れやすい 風邪をひきやすい 血圧が低い 血圧が安定しない
頭痛もち 手足がむくみやすい 便秘気味 よく下痢をする おなかが痛くなる
その他（ ）

7. 喫煙、飲酒、サプリメントなどについて教えてください。

喫煙： 吸わない 吸う（ 本/日× 年間）
禁煙した（ 年前から それまで喫煙（ 本/日× 年間））
飲酒： 飲まない 飲む（ 杯/日× 年間 種類 ）（ 回/週）
サプリメント（ ）

8. いつもお飲みになっているお薬がありますか（当院で処方されているもの以外）？
ない ある（ ）

9. お薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？
ない ある（薬品名： ）

10. 女性の方におたずねします。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
いいえ はい（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）