≡ 問 診 票 ≡

(下記の項目について、今後の診療の重要な参考になりますので、ご面倒とは思いますが、どうかご記入ください。なお、わからないところがあれば、受付か、看護師に申し出ください。)

	フリガナ	
	1. ご氏名	
	2. 生年月日	明. 大. 昭. 平. 令.もしくは西暦 年 月 日生
	3. 住所	〒
		電話 () – (
ļ	 4.来院の目的	7、相談したい内容、困っている症状や問題点を簡潔にお書き下さい。
		でこれまでどこにかかったり、相談したことは? 6 (病院名や相談機関名:
) ックを知ったのは (紹介、看板や広告、ホームページ、本、講演、雑誌、 パンフレット、その他
	7. 今まで大き ①ない ②ある	な病気をしたことがありますか? 、
)
		字注射でじんましんが出たり気分が悪くなったことがありましたか? (薬剤の名前:
		裏面もありますのでご記入下さい。

9. 現在の状態 ①睡眠:(良い、普通、思 ②食欲:(良い、普通、思 ③便通:(良好、便秘、丁 ④月経:(順調、不調)(悪い) 「痢、便			5)		
10. 今飲んでいる薬:①	ない ②	ある(す	薬品名)
11. 酒:①飲まない ② たばこ:①のまない						
12. 下記の症状があれば ・熱、寒気、くしゃみ、 ・動悸、胸が苦しい、息 ・頭痛、頭が重い、のぼ 全身の疲労感 ・腹痛、もたれ感、胸や ・口渇、多飲、多尿、む ・体の痛み(場所:	咳き、痰 切れ、頻 せ、肩凑 け、げっ	変、喉の頻 質脈、不整 遅り、める	南み、胸症 整脈 まい、耳鳴 き気、嘔吐	鳥り、しびれ 上、下血、吐		
13. 今までの血圧(最高		mm	nHg、最低	£	mmHg))
1 4 . 家族構成						
名 前	性別	生 年	月日	続 柄	職業	

性別	生	年	月	日	続	柄	職業
	性別	性別生	性別生年	性別生年月	性別 生 年 月 日	性別生年月日流	性別 生 年 月 日 続 柄