

# 問診票

初診日 令和 年 月 日

明治・大正・昭和・平成・令和

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男性・女性 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

〒

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

本日はどうなさいましたか？ 体温 \_\_\_\_\_ ℃

いつから \_\_\_\_\_

どの部位に \_\_\_\_\_

どのような症状がありますか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

現在治療中の病気はありますか？（ある・ない） \_\_\_\_\_

現在服用中の薬はありますか？ありましたら薬をお見せ下さるか、薬剤名をお書き下さい。

\_\_\_\_\_

過去に病気をなされたことはありますか？（ある・ない）

手術 \_\_\_\_\_

入院 \_\_\_\_\_

輸血を受けたことはありますか？ ある・ない ある方はいつになりますか？ \_\_\_\_\_

血縁のあるご家族（祖父母・両親・兄弟など）で次の様な病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 突然死 ・ 心臓病 ・ 癌

喫煙の有無 しない・する（ \_\_\_\_\_ 本/日） 過去にしていた（ \_\_\_\_\_ 歳頃まで \_\_\_\_\_ 本/日）

飲酒の有無 飲まない・飲む（週 \_\_\_\_\_ 日 何を \_\_\_\_\_ どの位の量 \_\_\_\_\_）

アレルギー体質の有無 ない・ある（喘息 花粉症 アトピー その他 \_\_\_\_\_）

薬剤アレルギーの既往 ない・ある（薬剤名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_）

**次の様な方は、必ず受け付けにお知らせ下さい。**

①妊娠している方(妊娠 週) ②妊娠の可能性のある方(最終生理 \_\_\_\_\_ ) ③授乳中の方( 歳 ヶ月)

※下記のアンケートにご協力下さい。当院は何でお知りになりましたか？○をつけて下さい。（複数可）

（ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 電話帳 ・ 看板 ・ 偶然通りかかった ・ その他）

\*検査や治療について何かご希望がございましたら、ご遠慮なくお申し付け下さい。

城西医院 院長 沼澤和典・スタッフ一同