問診票

＊正しい診断や治療方針の判断のため、□にチェックや文章での記載をお願いいたします

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**同伴者名・ご本人とのご関係**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年齢＿＿＿歳　　**身長**＿＿＿＿cm　　**体重**＿＿＿＿kg

(携帯tel)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**(自宅tel)**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊初めて受診された方のみ　当院を知ったきっかけ

□ホームページ　□グーグル　□その他インターネットサイト　□家族・知人から　□その他

1.来院理由

□症状の相談　　□検査希望　　□処方希望　　□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.症状がある方のみ

（いつから？どのような症状？ 自由に記載してください）

（その他の症状？　□にチェックをお願いします）

□発熱（最高体温　　℃）　□寒気　□頭痛　□鼻水・鼻づまり　□のど痛　□咳　□痰　□血痰

□めまい　□胸痛　□息切れ　□吐き気・嘔吐　□腹痛　□下痢　□血便　　□背部痛　□腰痛

□関節痛　□頻尿　□排尿時痛　□残尿感　□むくみ　□発疹　□体重変化

□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊以下は、当院かかりつけの方や、3ヶ月以内に当院を受診された方は、記載なしでも可

3.現在、通院している他の医療機関はありますか？

□いいえ

□はい：どんな病気？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4.過去に、病気で通院や入院した事はありますか？

□いいえ　□はい：どんな病気？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5.薬や食べ物のアレルギーはありますか？

□いいえ　□はい：種類？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6. たばこは吸いますか？

□いいえ　　□過去に吸っていた

□はい：＿＿＿歳から　　＿＿＿本/日

7. お酒は飲みますか？

□いいえ　　□過去に飲んでいた

□はい：種類と量は？　＿＿＿＿を　＿＿＿＿/日

＊女性の方のみ

8. 妊娠中/妊娠の可能性：□いいえ　□はい　　授乳中：□いいえ　□はい

ご協力、ありがとうございました！　　洪南クリニック