

ID No.

問 診 票

年 月 日

フリガナ		M・T・S・H	年齢	才	性別	男・女	身長	cm	体重	kg
氏名		年 月 日生	体温		℃	血压	/	脈拍		回/分
住所	〒					アレルギー				
自宅TEL		携帯TEL				既往歴				
本日は紹介状をおもちですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			病名・年月日頃					

1. あなたはどこが悪くて来院しましたか？

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 背部(背中)	<input type="checkbox"/> 下肢(足)	<input type="checkbox"/> 口
<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 肛門
<input type="checkbox"/> 頸部(首)	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 耳	<input type="checkbox"/> 膣
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上肢(腕、手)	<input type="checkbox"/> 鼻	<input type="checkbox"/> 検(健)診・その他

2. それほどのようにありますか？

<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> むかむかする	<input type="checkbox"/> しびれる	<input type="checkbox"/> 下痢あり
<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 圧迫感あり	<input type="checkbox"/> 便秘あり
<input type="checkbox"/> 重い	<input type="checkbox"/> しめつける	<input type="checkbox"/> 咳あり	<input type="checkbox"/> 熱あり
<input type="checkbox"/> しこりが触れる	<input type="checkbox"/> 臭う	<input type="checkbox"/> 痰あり	<input type="checkbox"/> その他

3. その症状はいつからですか？

<input type="checkbox"/> 今日から	<input type="checkbox"/> 3日前から	<input type="checkbox"/> 5日まえから	<input type="checkbox"/> 数週間前から	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 昨日から	<input type="checkbox"/> 4日まえから	<input type="checkbox"/> 1週間前から	<input type="checkbox"/> 数か月前から	

4. 今回の症状でどこか病院にかかりましたか？

かかった かかっていない →11.へ

5. かかった時期 _____

6. かかった病院名 _____

7. かかった診断名 _____

8. 治療内容 _____

9. 今、服用している薬はありますか？

はい いいえ

10. それほどのような薬ですか？

<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛剤	<input type="checkbox"/> 降圧剤	<input type="checkbox"/> 肝臓病薬	<input type="checkbox"/> 抗アレルギー剤	<input type="checkbox"/> 皮膚科薬
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症薬	<input type="checkbox"/> 高脂血症薬	<input type="checkbox"/> 糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 漢方薬	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 鎮静・抗不安薬	<input type="checkbox"/> 呼吸器薬	<input type="checkbox"/> ホルモン剤	<input type="checkbox"/> 点眼薬	
<input type="checkbox"/> 脳循環改善薬	<input type="checkbox"/> 胃薬	<input type="checkbox"/> 抗生物質	<input type="checkbox"/> 点鼻薬	
<input type="checkbox"/> 循環器薬	<input type="checkbox"/> 腸薬	<input type="checkbox"/> 抗がん剤	<input type="checkbox"/> 泌尿器薬	

11. 生活習慣(1)ーたばこ

<input type="checkbox"/> 吸ったことがない	<input type="checkbox"/> 10本以内/日	<input type="checkbox"/> 21本以上
<input type="checkbox"/> 過去に吸ったことがある	<input type="checkbox"/> 10~20本/日	

12. 生活習慣(2)ーアルコール

<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> しばしば飲む	<input type="checkbox"/> 毎日多量飲む
<input type="checkbox"/> ときどき飲む	<input type="checkbox"/> 毎日少量飲む	

13. 生活習慣(3)ー睡眠時間

<input type="checkbox"/> 4時間以内	<input type="checkbox"/> 5~6時間	<input type="checkbox"/> 7時間以上
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

14. 生活習慣(4)ー食事時間

<input type="checkbox"/> 規則的	<input type="checkbox"/> 不規則
------------------------------	------------------------------

15. 生活習慣(5)ー食事の塩分

<input type="checkbox"/> 濃いめ	<input type="checkbox"/> 薄め
------------------------------	-----------------------------

16. 生活習慣(6)ー緑黄色野菜

<input type="checkbox"/> 努めて食べている	<input type="checkbox"/> あまり食べない
-----------------------------------	----------------------------------

お女性の方のみ
お答えください

17. 月経周期 _____

18. 閉経 _____

19. 現在妊娠していますか？

はい いいえ わからない

☆ どのようにして当院をお知りになりましたか？