

受付番号： カルテ番号：

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ 生年月日
お名前 (男・女) (大, 昭, 平) 年 月 日(歳)
〒
ご住所 電話(自宅) (携帯)
ご職業 身長(およそ) cm 体重(およそ) kg

当院からの連絡や郵便物をご希望されない方は、こちらにチェックをお願いします。
(但し、検査結果などで緊急性がある場合は、連絡させて頂くことはあります。)

-
- 1) 本日はどうされましたか？
体調が悪い(熱がある、喉が痛い、関節が痛い、吐気、下痢、だるい)
じん臓病、関節リウマチ、糖尿病、生活習慣病
他の病院からの紹介(病名： 病院名：)
健診で異常を指摘された()
その他()
- 2) いつ頃から？()
どのような症状でしたか？()
- 3) これまでにかかったことのある病気はありますか？
(無・有：糖尿病、高血圧、心臓病、脳卒中、喘息、その他)
- 4) 輸血をされたことはありますか？(無・有：いつ)
- 5) 現在、内服中の薬はありますか？(無・有)
(名前が分かれば記入してください))
- 6) 血縁の方で病気の方はいらっしゃいますか？
(無・有：糖尿病、高血圧、心臓病、脳卒中、喘息、その他)
- 7) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
(無・有：薬品名・食品名)
- 8) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？
吸わない・以前吸っていた・吸う(1日 本/ 年間)
- 9) お酒は飲みますか？
飲まない・時々飲む・飲む(種類 1日 ml・合)
- 10) 女性の方のみ 妊娠またはその可能性はありますか。又、授乳中ですか。
ない・妊娠中(ヶ月)・妊娠の可能性あり・授乳中
- 11) 当院をどこでお知りになりましたか。
・ホームページを見て・看板を見て(通りがかり)・家族、知人からの紹介
・チラシや記事を見て・他の病院からの紹介(病院名)

以上です。ありがとうございました。院長 岡上準

(ご記入は不要です)

体温	血圧	脈拍	SpO2	身長	体重
℃	mmHg	/分	%	cm	kg

