

たなか医院 問診票

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男・女 ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本日の体温 \_\_\_\_\_ ℃ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. 紹介状をお持ちですか? ( はい ・ いいえ )

当院を受診される前に他の医療機関を受診されましたか? ( はい ・ いいえ )

「はい」の方・・・医療機関名 \_\_\_\_\_ 病院・医院・診療所

2. いつ頃からどのような症状ですか? \_\_\_\_\_ 頃から

発熱 ( \_\_\_\_\_ ℃) 頭痛 喉の痛み 咳 痰 鼻水・鼻づまり 食欲低下

腹痛 胸やけ 吐き気・嘔吐 下痢・軟便 便秘 頻尿・排尿痛 体重変化

血圧が高い ぜんそく 胸痛 どうき 息切れ むくみ だるさ

めまい 不眠 禁煙希望 健康診断目的 健診異常 ( \_\_\_\_\_ )

その他の症状:

3. 現在、何かお薬をのんでいますか? ( はい ・ いいえ )

「はい」の方・・・お薬手帳をご用意下さい。

→お持ちで無い方(お薬の名前) \_\_\_\_\_

4. 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか? ( はい ・ いいえ )

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 \_\_\_\_\_

5. 喫煙・飲酒はされますか? たばこ \_\_\_\_\_ 本/日 お酒 \_\_\_\_\_ 回/週

6. 女性の方にお尋ねします

・妊娠中ですか? ( はい ・ いいえ ) ・授乳中ですか? ( はい ・ いいえ )