

問 診 票

ID

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	男 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(才)
自宅住所	〒
Tel ()	携帯 ()
Eメールアドレス	@
メール配信にて健診、予防接種等のクリニック情報	必要 ・ 不要
会社名	Tel ()
<p>★本日の症状に○をつけてください</p> <p>発熱(最高 . 度 / 今日 . 度)、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、下痢、嘔吐、腹痛、胃痛、予防接種(その他)</p>	
<p>★その症状はいつからですか？(今日・昨日・2～3日前・1週間前・ 前から)</p>	
<p>※以下の病気にかかった事のある人は、○を付けて下さい。</p> <p>1 糖尿病・高脂血症・高血圧</p> <p>2 肺・気管支の病気(結核・喘息・慢性気管支炎・肺気腫など)</p> <p>3 甲状腺の病気</p> <p>4 心臓の病気(狭心症・不整脈・心不全・頻脈動悸・心筋梗塞など)</p> <p>5 胃・十二指腸の病気(胃炎・胃潰瘍・十二指腸炎・十二指腸潰瘍など)</p> <p>6 肝臓の病気(肝炎・肝硬変・脂肪肝など)</p> <p>7 膵臓の病気</p> <p>8 脳血管の病気(脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など)</p> <p>9 悪性腫瘍</p> <p>10 皮膚の病気(慢性痒疹・帯状疱疹・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎 など)</p>	
<p>※以下の質問にお答え下さい。</p> <p>☆薬・注射のアレルギー(発疹・気分不快など)はありますか？ はい・いいえ はいの場合(お薬の名前:)</p> <p>☆他院に通院中ですか？ 通院中(内・外・整形・皮膚・小児・その他)・いいえ</p> <p>☆お薬を飲んでいますか？ はい・いいえ はいの場合(お薬の名前:)</p> <p>☆お酒を飲みますか？ はい(1週間で 日程度、飲酒歴 年)・いいえ</p> <p>☆喫煙をしますか？ はい(1日で 本、喫煙歴 年)・いいえ</p> <p>☆妊娠していますか？ している(カ月)・していない</p>	
<p>★ご来院のきっかけは？</p> <p>インターネット(病院検索サイト等)・当院HP・クリニックの看板広告・バス音声 知人の紹介・家族がかかっている・他院からの紹介・近所・駅構内看板</p>	