

# 問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ				男・女	年齢	歳		
氏名	様							
現住所	〒			生年月日	T S H	年 月 日		
電話・携帯	-	-	身長	cm	体重	kg	体温	℃

※診察申込書をご記入の方は、のみわかる範囲でご記入ください。

1. 本日は、どのような症状ですか？
  - 発熱     嘔吐・吐き気     腹痛     咳     のどの痛み     関節痛(節々の痛み)
  - 下痢     胸痛     どうき     だるさ     頭痛
  - その他 ( )
  
2. それはいつ頃からですか？
  - 今朝から     昨日から     数日前から     1週間ほど前から
  - 数週間前から     1ヶ月前から     数か月前から
  
3. 現在までに治療または指摘を受けた病気があれば教えてください。
  - なし     高血圧症     心臓病     喘息     肝臓病     糖尿病
  - 脳梗塞     脳出血     がん     緑内障     その他 :
  
4. 現在服用している薬はありますか？
  - 有     無     お薬手帳持参
  - 有の場合薬の名前 ( )
  
5. 輸血をしたことはありますか？
  - 有     無
  
6. 下記のあてはまる項目に☑を入れて、( ) 内にその数字を記入してください。
  - ・たばこ .....  吸わない     吸う [およそ1日平均 ( ) 本・約 ( ) 年間]  
 吸っていたが、( ) 年前からやめている
  - ・アルコール .....  まったく飲まない     たまに飲む     ほぼ毎日飲む  
 ※ほぼ毎日飲む方へ1日の平均量を教えてください。( ) を ( ) ml 程度)
  - ・食欲 .....  良好     普通     食べられない     食べ過ぎる
  - ・最近の体重の変化...  増加     不変     減少 ( ) ヶ月に ( ) kg
  - ・便通 .....  普通     便秘     下痢

女性の方へ

  - ・妊娠 .....  している     していない     不明
  - ・授乳 .....  している     していない
  
8. 1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？
  - 有     無
  - 有の場合は国名 ( )

ご協力ありがとうございました。

そがクリニック