いとう医院 問診票

年　　月　　日

ふりがな 氏名		年齢	歳	性別　男 ・ 女
		職業		
生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日 平成	下記のいずれで当院を知られましたか? ☐家、職場などの近所だから ☐知人・家族等から聞いて ☐よく通る道だから ☐インターネット/ホームページ ☐その他(		
住所	〒			
電話番号		本日の体温 _____度		
身長_____ cm　体重_____ kg		平熱は　　度くらい		

1.　本日受診された理由(症状など)を教えてください

☐ 発熱　☐ 頭痛　☐ 鼻水　☐ 咳　☐ たん　☐ のどの痛み　☐ だるさ　☐ 吐き気・嘔吐

☐ 食欲不振　☐ 腹痛　☐ 胸焼け　☐胃痛　☐ 便秘　☐ 下痢　☐ 血便　☐ 肛門痛

☐ 胸の痛み　☐ 動悸(どうき)　☐ 息切れ　☐ 血圧の異常　☐ 関節痛　☐ 腰痛　☐ 背部痛

☐ 手足のむくみ　☐ 排尿の異常(頻尿、排尿時痛、尿もれ、等)　☐ 健診目的　☐ 健診で異常があった

その他・詳細

2. 上記の症状はいつ頃からありますか?　_____月　_____日　頃から

3. 現在、他の病院・クリニックで治療を受けていますか?　はい　・　いいえ

「はい」の方は病医院名、病名、お薬の内容などをおしえてください。

4. 過去に、病気・けがなどで入院や手術をしたことがありますか?　はい　・　いいえ

「はい」の方は時期、病院名、病名、などをおしえてください。

5.　薬や食物のアレルギーはありますか?　はい（　　）　・　いいえ

6.　タバコを吸いますか?　吸わない・　以前吸っていた(　　頃まで)・　吸う（ 一日に_____本 ×_____年)

7.　お酒を飲みますか?　飲まない　・　時々飲む　・　かなり飲む_____を一日に_____　くらい

8.　女性の方のみ)　現在、妊娠していますか?　はい　・　いいえ　・　わからない

9.　女性の方のみ) 現在、授乳中ですか?　はい　・　いいえ

10.　その他に何かご希望があればご記入ください。(採血をして欲しい、等)

*具合が悪い方は、問診票記載時におっしゃってください。状態によって診察の順番等を配慮させていただくことがあります。