

体温： ℃

診療申込・問診票

血圧： / mmHg

受診日：令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	
お名前	様	男女	令和・平成・昭和・大正 年 月 日生 (歳)	
住所	〒 -			
電話番号	自宅 () -	携帯 () -		

◆ 今日、どうなさいましたか？該当するものを○で囲んでください。（受診の目的等）

腹痛 胃痛 胃もたれ つかえ感 食欲不振 胸やけ はきけ
下痢 便秘 お腹がはる 体重減少 黄色いといわれる
のどが痛い せき たん 呼吸困難 胸痛 息切れ どうき 胸が苦しい
めまい 耳鳴り ふらつき むくみ 手足のしびれ 発熱 頭痛 腰痛

妊娠中 または 授乳中 検診の再検査（二次検査）

その他 (_____)

※上記の症状は、いつ頃からですか？ (_____ 頃から)

◆ 今までに、大きな病気にかかり入院や手術をされたことがありますか？

いいえ はい・・・それはどんな病気ですか？（いつ頃、何の手術ですか）

◆ 現在、飲まれているお薬はありますか？ ※『お薬手帳』をお持ちの方はお見せください。

◆ マイナ保険証提示の方は省略できます。

◆ 今までに、薬・注射・食べ物などでアレルギーを起こした事がありますか？

（例：じんましんや気分不良等）

いいえ はい・・・（それは何の薬・注射・食べ物？どんな症状でしたか？）

◆ 現在の生活について

- ① 食 欲 (ある ・ ない)
- ② 睡 眠 (眠れる ・ 眠れない)
- ③ 排 便 (1日1回 ・ 2~3日に1回 ・ 4~7日に1回)

◆ 今日、食事をとってききましたか？

いいえ はい・・・今から _____ 時間前に食べた

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。