

医療法人社団水明会 原診療所 問診票

記入日		年	月	日
ふりがな		性別		
氏名		生年月日(年齢)		
住所	〒 _____	男性 ・ 女性	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	
電話	自宅： _____	身長	cm	
	携帯： _____	体重	kg	
		体温	℃	

◆ どのような症状で来院されましたか？

- 発熱 喉の痛み 咳 痰 頭痛 鼻水 鼻づまり 腹痛
胃痛 胸痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲不振 体重減少
背部痛 残尿感 排尿時痛 動悸 めまい
その他 (_____)

◆ 症状はいつ頃からですか？ (約 _____ 日頃から・ _____)

◆ 最後のお食事はいつ摂られましたか？ (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃)

◆ これまでに入院・手術をされたことがありますか？

- いいえ はい (_____ 歳頃/病名： _____ /通院中・治った)

◆ 現在までに、以下の病気にかかれたことはありますか？

- なし
高血圧 高脂血症 糖尿病 気管支喘息 腎臓病 肝臓病 胃潰瘍
不整脈 心臓病 脳梗塞 脳出血 甲状腺機能異常 前立腺肥大症
緑内障 白内障 がん (_____)
その他 (_____)

◆ 現在治療中の病気やお薬を服用されていますか？

(お薬手帳をお持ちの方は内服薬の記載は必要ありません)

- いいえ はい (_____)

※お薬手帳を持っていますか？ 持っている ・ 持っていない

◆ これまでに食べ物やお薬でアレルギー症状が起こったことはありますか？

- いいえ はい (食べ物/薬剤名： _____)

◆ お身体で不自由なところはありますか？

- いいえ 手足が不自由 目が見えない 耳が聴こえない (難聴： 右耳 ・ 左耳)
音がきけない その他 (_____)

◆ 希望される検査はありますか？

- 胃内視鏡検査 大腸内視鏡検査 超音波検査 (エコー) ピロリ菌検査 (除菌)
血液検査 尿検査 レントゲン 心電図 その他 (_____)

◆ 女性の方のみお答えください。

- 現在妊娠されていますか？ はい (週数： _____) ・ いいえ ・ 可能性がある
 授乳中ですか？ はい いいえ