問　診　票

HPダウンロード

ＩＤ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　平成　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生　年　月　日	
氏　名			大正・昭和・平成 年　　月　　日（　　歳）	
住　所	〒 電話番号（　　－　　－　　）		身　長	体　重
			ｃｍ	ｋｇ

◆ 今日はどんな症状で受診されましたか。☑ でお答えください。

☐ 熱がある（　　℃）　☐ 咳　☐ 鼻水　☐ のどの痛み　☐ 頭痛
☐ 胸痛　☐ 動悸　☐ 息切れ　☐ 不整脈　☐ むくみ
☐ 全身倦怠感　☐ 食欲不振　☐ 体重減少　☐ めまい　☐ 意識消失
☐ 腹痛　☐ はき気・嘔吐　☐ 下痢　☐ 便秘　☐ 血便
☐ 健診異常　☐ 健康診断希望　☐ プラセンタ注射　☐ その他（　　）

◆ 症状はいつからですか？（　　）

◆ 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか？　※（　　）には発見時の年令を記入

☐ 高 血 圧（　　才）　☐ 高脂血症（　　才）　☐ 糖尿病（　　才）　☐ 狭心症（　　才）
☐ 心筋梗塞（　　才）　☐ 不 整 脈（　　才）　☐ 腎臓病（　　才）　☐ 脳卒中（　　才）
☐ 痛　　風（　　才）　☐ 肝 臓 病（　　才）　☐ 喘　息（　　才）　☐ 胃潰瘍（　　才）
☐ 　　癌　（　　才）　☐ 前立腺肥大　☐ 緑 内 障　☐ その他（　　）

◆ 現在通院中の病院名（　　）

◆ 現在内服中の薬（　　お薬手帳　☐ あり　☐ なし）

◆ 家族・親族に次の病気はありますか？　※（　　）には母、祖父などを記入

☐ 糖尿病（　　）　☐ 高血圧（　　）　☐ 高脂血症（　　）　☐ 心臓病（　　）
☐ 肝臓病（　　）　☐ 　癌　（　　）

◆ 今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

☐ なし　☐ あり（薬：　　食品：　　その他　　）

◆ 飲酒・喫煙（１日）　飲まない・飲む（　　合）　吸わない・吸う（　　本）（　　年間）

◆ 女性の方のみお答え下さい。　☐ 妊娠中　☐ 授乳中　☐ 生理中

◆ 当院にいらしたきっかけを教えてください。

☐ 近所　☐ 知人の紹介　☐ 他院より紹介　☐ ホームページ
☐ 看板・広告　☐ 口コミ　☐ その他（　　）

◆ その他に何かご心配、ご不明なことがあればご自由にお書きください。