

カルテ No.

# 問 診 票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
住所	〒				
TEL		職業			

身長 \_\_\_\_\_ cm ・ 体重 \_\_\_\_\_ kg ・ 体温 \_\_\_\_\_ °C

内科・小児科) (症状に○をつけ、記入もお願いします。最もつらい症状に◎を付けて下さい。)

症状は、いつからですか： \_\_\_\_\_ 日前から

・発熱(最高 \_\_\_\_\_ °Cまで上昇) ・喉の痛み ・せき ・たん ・鼻水  
 ・頭痛(重い感じ・ずきずきする) ・めまい ・胸痛 ・動悸  
 ・吐き気 ・嘔吐( \_\_\_\_\_ 回) ・下痢( \_\_\_\_\_ 回/日) ・水様便 ・軟便 ・血便  
 ・食欲不振 ・腹痛(部位： \_\_\_\_\_ ) ・その他( \_\_\_\_\_ )

皮膚科)

症状は、いつからですか： \_\_\_\_\_ 日前から

・部位( \_\_\_\_\_ )  
 ・症状：(かゆい、赤い、にきび、水虫、いぼ、できもの、かぶれ、やけど、ふけ、その他) \_\_\_\_\_ )  
 ・これまで、治療を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい → (内容： \_\_\_\_\_ )

現在、治療中の病気がありますか？ \_\_\_\_\_

ある： 脳梗塞 心臓病( \_\_\_\_\_ ) 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風  
喘息 肺気腫 胃潰瘍 肝疾患( \_\_\_\_\_ ) 腎疾患 透析中  
婦人科疾患( \_\_\_\_\_ ) 精神疾患( \_\_\_\_\_ )  
アトピー性皮膚炎 二キビ 乾癬 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

現在、使用している薬がありますか？ \_\_\_\_\_

ある( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )  
 今まで、かかっている病院はありますか？ \_\_\_\_\_ ・ ある(病院： \_\_\_\_\_ )  
 今まで、手術をしたことがありますか？ \_\_\_\_\_ ・ ある(病名： \_\_\_\_\_ )

薬や食べ物でアレルギーがありますか？ \_\_\_\_\_ ・ ある(種類： \_\_\_\_\_ )

たばこは吸いますか？ \_\_\_\_\_ ・ はい 一日 \_\_\_\_\_ 本( \_\_\_\_\_ 歳~ \_\_\_\_\_ 歳)  
 お酒は飲みますか？ \_\_\_\_\_ ・ はい 一日ビール \_\_\_\_\_ 本・日本酒 \_\_\_\_\_ 合・その他 \_\_\_\_\_

(女性の方のみ)

妊娠の可能性はありますか？ \_\_\_\_\_ ・ はい ・ 分からない  
 授乳中ですか？ \_\_\_\_\_ ・ はい

検査、説明などでご希望があればご記入下さい (例) ゆっくり(短めに)説明して欲しい \_\_\_\_\_ )

## 自由記入欄

当院を受診したきっかけは何でしょうか？  
 知人の勧め( \_\_\_\_\_ さん) ・ 通りがかった ・ インターネット ・ その他( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。受付にお渡しく下さい。