

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？ いいえ ・ ある(病院： _____)
 今まで、手術をしたことがありますか？ いいえ ・ 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。受付にお渡してください。