

## 問診票（裏にも質問票があります）

身長	cm	体重	Kg	体温	℃
フリガナ		生年月日		年齢	性別
お名前		明・大 昭・平	年 月 日	才	男・女

- 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか。（複数回答可）
  - ・近所に在住（通勤・通学路）
  - ・広告（駅地図広告・看板広告）
  - ・広報誌
  - ・イベントで知った
  - ・インターネット（公式HP 病院ナビ ネット検索 その他：）
  - ・子ども園のかかりつけ医
  - ・家族、親戚がかかっている
  - ・通りがかり
  - ・知人の紹介
  - ・他の医療機関からの紹介
  - ・頼れるドクター
  - ・その他（ ）
- 本日の来院目的はどのようなことですか
  - A.体調不良（主な症状（ ））
  - B. 検診（健診）で異常
  - C.紹介
  - D.今後当院で慢性疾患の治療を希望（紹介状なし）
  - E.定期チェック
  - F.その他（ ）
- いつからどんな症状がありますか（Aの体調不良の方以外は症状がなければ記載不要です）
  - \*いつから : （ ） から
  - \*風邪症状 : 熱 頭が痛い 喉が痛い 咳 鼻水がでる 痰がでる  
関節が痛い 下痢 吐き気 くしゃみがでる だるい
  - \*おなか : 腹痛 おなかがはる 吐き気 食欲がない 下痢 便秘 血便
  - \*頭・神経 : 頭痛が続く めまいがする しびれがある 動きが悪い
  - \*胸・心・腎 : 胸が痛い 動悸 息切れ 胸の圧迫感 顔や体がむくむ
  - \*その他 : (出来るだけ具体的に詳しくお書きください)
- \*その症状は : ずっと続いている 症状のないときもあるがほぼ毎日 たまに
- 治療方針、検査などで特に希望されることがありましたら書いてください
- 現在治療中の病気はありますか はい ・ いいえ
  - \*はいの方 : 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風 狭心症 心筋梗塞 脳卒中  
その他（ ）

うらへ続く



