

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）
 - ・当院公式ホームページ
 - ・その他のインターネットサービス
 - ・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（ ）



