

問 診 票

令和 年 月 日

ID _____

ふりがな

生年月日

氏名 _____

明・大・昭・平 年 月 日(歳)(男・女)

〒 _____

電話番号 自宅 () _____

携帯 () _____

身長 (cm)

体重 (kg)

体温 (°C)

1. いつ頃からどのような症状がおありですか? (年 月 日頃から)
発熱 下痢 嘔吐 胃痛 咳 咽頭痛 鼻水 腹痛 頭痛 膀胱炎
胸痛 息切れ 動悸 立ちくらみ めまい その他 ()

2. 手術を受けたことがございますか? (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・(年頃) 病名 ()

3. 今までにかかったことのある病気の欄に○をいれてください。
肝臓病 () 心臓病 () 高血圧 () 糖尿病 ()
高脂血症 () 癌 () 脳卒中 () 緑内障 ()
その他 ()

4. 現在服用中のお薬はございますか? (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・どのようなお薬ですか?
()
・・・お薬手帳 (あり ・ なし) お持ちの方は受付へご提出ください。

5. アレルギーはございますか? (あり ・ なし)
「あり」の方・・・()

6. 嗜好品についてお聞きします。
お酒 (1日) たばこ (1日 本)

ご協力有難うございました
医療法人社団 銀杏会 石井内科胃腸科