# 問　診　票

| ※スタッフ記入欄 | |
|---|---|
| ID： | BT： |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | ご記入日 | 令和　　年　　月　　日 |
| お名前 | | 生年月日<br>年齢 | □大正　□昭和　□平成<br>年　　月　　日<br>（　　歳） |
| ご住所 | | 性別 | □男性　□女性 |
| 自宅TEL | | 身長 | ｃｍ |
| 携帯TEL | | 体重 | ｋｇ |

| | |
|---|---|
| （**はじめて受診される方へ**）<br>当院をどちらでお知りになられましたか？ | □他医療機関からの紹介（　　）　紹介状：□あり　□なし<br>□知人の紹介（　　様）<br>□当院ホームページ　□イーパーク　□その他（　　） |

該当する項目にチェック☑を入れてください

| | |
|---|---|
| 今日はどうされましたか？ | □発熱　　月　　日～　（1番高い熱は　　℃）**※現在熱が下がっていても記入してください**<br>□咳　□痰　□関節痛　□寒気　□倦怠感　□頭痛　□のどの痛み　□鼻水　□鼻づまり<br>□喘鳴（ぜいぜい・ヒューヒュー）　□息苦しい　□胸痛　□動悸　□胸の圧迫感<br>□腹痛　□吐気　□嘔吐　□下痢　□軟便　□便秘　□血便　□膀胱炎　□血尿<br>□胃痛　□胃もたれ　□胃のむかつき　□喉の詰まり感がある　□げっぷ　□胃の違和感<br>□血圧が高い　□めまい　□ふらつき　□花粉症　□アレルギー症状 |
| | □下記検査についての相談<br>□新型コロナウイルス検査　□インフルエンザ検査　□アレルギー検査<br>□胃内視鏡検査　□ピロリ菌検査　□健康診断精密検査（　結果票　あり　・　なし　） |
| 症状はいつ頃からですか？ | □（　　）日前から　□（　　）週間前から　□（　　）ヶ月前から<br>□時々症状が出る　□現在症状はない |
| 上記以外に、その他の症状がある場合はこちらにご記入ください | |
| 現在治療中の病気や、過去に治療を受けた病気はありますか？ | □心臓病　□緑内障　□前立腺肥大　□脳卒中　□高血圧　□喘息　□結核　□肝臓病<br>□胃・十二指腸潰瘍　□胃・大腸ポリープ　□胆石　□糖尿病　□腎臓病　□血液病<br>□癌（　　）<br>□その他（　　）<br>□ない |
| 現在服用（使用）している薬はありますか？ | お薬名：<br>□ない |
| 注射・薬・食物（卵など）で発疹がでたり、気分が悪くなったりしたことがありますか？ | お薬名：<br>□ない |
| 今までに手術をしたことがありますか？ | □　　歳時（　　）、　　歳時（　　）<br>□ない |
| 両親・兄弟で大きな病気にかかった方はおられませんか？ | 続柄：（　　）<br>病名：□高血圧　□糖尿病　□癌　□肝臓病　□その他（　　）<br>□ない |
| 次のことを記入してください | アルコール　（　飲まない　・　飲む　　合／1日　）<br>たばこ（電子ﾀﾊﾞｺも含む）（　吸わない　・　吸う　　本／1日　）<br>コーヒー　（　飲まない　・　飲む　　杯／1日　） |
| 女性の方へ | □現在妊娠中（　　）ヶ月　□妊娠の可能性がある<br>□授乳中　□妊活中　□該当なし |

**ご協力ありがとうございました。　　野中内科クリニック**