

# 問診シート

ご記入日： 年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ ( ) 歳

性別： 男性 ・ 女性

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅電話： \_\_\_\_\_

携帯電話： \_\_\_\_\_

Mail： \_\_\_\_\_

今日はどうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 胸やけ
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気～嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲低下
	その他症状	<input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠
	健診・検査	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 検診の再検査 <input type="checkbox"/> 健康診断
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日がはじめて <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から	
食べ物や薬、注射のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名 ( ) 食品名 ( )	
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 膵臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
今、飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名 ( ) *お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。	
今日は食事をとられましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ) カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	