診察券番号

問　診　票

ふりがな	男 女	職業
御 名 前　　様		
御 住 所　〒 携　帯　　－　　－ ＴＥＬ　　－　　－		
生年月日　大正　昭和　平成　　年　　月　　日生　　才		

身長　　cm　　体重　　kg　　体温　　℃

◇どのような症状・目的で来院されましたか？

□発熱（　　℃）　□悪寒　□鼻水･鼻づまり　□咳　□痰　□咽頭痛
□息切れ　□動悸　□胸痛　□吐き気　□嘔吐　□腹痛　□下痢
□便秘　□頭痛　□しびれ　□めまい　□関節痛　□排尿異常　□体重減少
□むくみ　□倦怠感　□発疹　□不眠　□花粉症　□食欲不振　□胃痛･悪心
□検査目的（　　）
□自由記載（　　）

◇いつからですか？

□本日から　□昨日から　□＿＿＿日前から　□＿＿＿週前から
□その他（　　）

◇今までにかかった、あるいは現在かかっている病気を教えてください。

□糖尿病　□高血圧　□脂質異常症　□狭心症　□心筋梗塞　□癌　□結核
□気管支喘息　□胃潰瘍　□前立腺肥大　□緑内障　□脳卒中（脳梗塞、脳出血）　□肝臓病
□貧血　□その他（　　）

◇他の病院にかかっていますか？　（医療機関　　）

◇現在服用しているお薬がありますか？（　　）

◇アレルギーがありますか？　あった場合はどんな症状ですか？

□薬物（　　）
□食物（　　）
□花粉症　□その他（　　）

◇たばこ　□吸う　《１日＿＿＿本　喫煙年数＿＿＿年》
□吸わない　□やめた（禁煙後＿＿＿年）

◇アルコール　□毎日　□時々　□飲まない
《日本酒　１日＿＿＿合》《ビール　１日＿＿＿ml》

◇女性の方のみにお聞きします。

□妊娠中（＿＿＿週）　□授乳中　□妊娠している可能性がある
□最後の生理はいつですか？（＿＿＿日前）

◇その他希望されることがありましたらお書きください。

□点滴　□栄養指導　□医療相談　□その他（　　）

※この問診票は診察目的のみに使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。

FUJII CLINIC　ふじい内科クリニック

299239