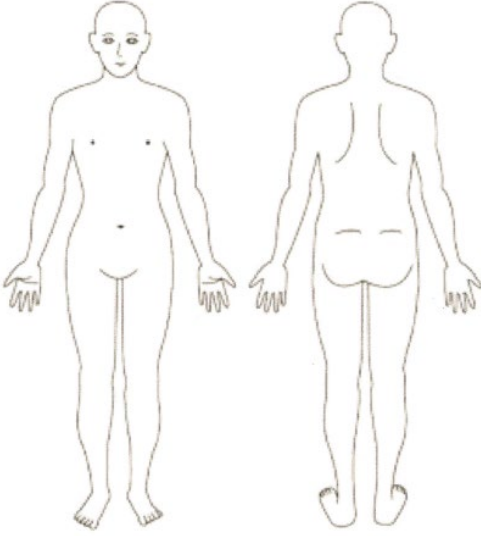


# 問診票

ID:

記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日: 年 月 日 ( 歳)	
お名前			身長 cm	体重 kg
住所		胃腸は弱いほうですか? はい いいえ		
〒		喫煙歴: 無・有( 本/日× 年間)・禁煙した		
		飲酒: 無・有(週 日) 種類・量( )		
自宅電話		抜歯(麻酔)歴: 無・有	介護保険: 無・有( )	
携帯電話		アレルギー(食事・薬物): 無・有( )		

<p>本日はどうなさいましたか? 当てはまるものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>腫れている <input type="checkbox"/>むくみ <input type="checkbox"/>仕事中 <input type="checkbox"/>交通事故</p> <p><input type="checkbox"/>動悸 <input type="checkbox"/>息苦しい・息切れ <input type="checkbox"/>脈が速い・遅い <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>食欲不振 <input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>めまい・ふらつき <input type="checkbox"/>胃の調子が悪い <input type="checkbox"/>便秘・下痢 <input type="checkbox"/>尿の調子が悪い</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>熱( °C) <input type="checkbox"/>鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/>咳・たん</p> <p><input type="checkbox"/>健康診断希望 <input type="checkbox"/>その他( )</p>	<p>症状のある部位に○をつけてください</p> 
---	--

症状はいつ頃からありますか? 約( )日・週間・ヶ月・年前から

過去に指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか?

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息  
脳卒中 癌(部位 ) その他( )

現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか?

なし あり( )

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか?

いいえ はい ( 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか?

ホームページ 看板 知人 通りがかり 紹介( ) その他( )

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

※ご協力ありがとうございました。