

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな

氏 名

歳 (未婚・既婚) ☎

住 所

1. 今日はどうされましたか？ 当てはまる症状にシ印を付けてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 健康診断の再検査 | <input type="checkbox"/> 食欲がない・吐き気がする・吐いた |
| <input type="checkbox"/> 特定健診 | <input type="checkbox"/> 胃が重苦しい・胸やけ・ゲップが多い |
| <input type="checkbox"/> ノドが痛い | <input type="checkbox"/> お腹が痛む (胃・下腹、右側・左側) |
| <input type="checkbox"/> 鼻水が出る・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 下痢 (1日 回) |
| <input type="checkbox"/> 咳がでる | <input type="checkbox"/> 便秘 (日1回) |
| <input type="checkbox"/> タンが出る (白い・黄色い・血が混じる) | <input type="checkbox"/> 便に血液が混じる |
| <input type="checkbox"/> 熱が高い (°C) | <input type="checkbox"/> 体重が減った (kg→ kg) |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい・息苦しい |
| <input type="checkbox"/> 体がダルい | <input type="checkbox"/> むくみがある |
| | <input type="checkbox"/> 排尿時に痛い |
| | <input type="checkbox"/> その他 (お書きください) |

2. それはいつからですか？

3. 今までに以下のような病気にかかったことはありますか？ シ印を付けてください。

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 胃ポリープ | <input type="checkbox"/> 大腸疾患 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 胆のう疾患 | <input type="checkbox"/> 膵臓疾患 | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

4. 家族 (血縁関係) で特別な病気にかかった方はいらっしゃいますか？

(高血圧・糖尿病・脳卒中・心臓病・ガンなど)

だれ

何の病気？

5. 現在、お薬を飲まれていますか？

- 飲んでいる かせの薬、頭痛薬、痛み止め、血圧の薬、心臓の薬、血液サラサラにする薬
その他 ()
- 飲んでいない

6. お薬によるアレルギーを起こしたことはありますか？ → 有・無

(ピリン系・ペニシリン系 その他 薬剤名)

7. 嗜好品 (一日の量をお書きください)

お酒 (合) コーヒー (杯) タバコ (本)
その他

8. 女性の方のみ (閉経前の方のみ)

最終月経 (月 日 ~ 月 日)