問診票

フリガナ		性別	男　・　女	年齢	歳
お名前		体重	（※15 歳未満の方のみ）		ｋｇ
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日				
現住所					
電話番号	（　　）　　－		携帯	－　　－	

１、どうなさいましたか？　当てはまる症状に〇を。該当がない場合その他へ記入してください。

・熱がある（現在の体温　　℃）　・のどが痛い　　・咳が出る　　・頭痛
・胸が痛い　　・発疹が出た　　・動悸息切れ　　・むくんでいる
・胸の圧迫感がある　　・高血圧　　・腹痛　　・胃痛
・お腹が張っている感じ　　・食欲不振　　・吐き気がする　　・嘔吐した
・下痢（気味）である　　・痔　　・内視鏡検査希望（　胃　or　大腸　）

その他：該当項目がない場合は下記の枠に記入してください。

【　　】

２、症状はいつからですか？【　　】

３、今までにかかった病気はありますか？ある場合は下記の枠に記入してください。

【　　】

４、薬や食べ物でアレルギーになったことはありますか？ある場合は下記の枠に記入してください。

【　　】

５、現在飲んでいるお薬はありますか？　お薬手帳お持ちの方は問診票と一緒に提出して下さい。
ない方は下記の枠に無し、または薬名を記入してください。

【　　】

６、緑内障はありますか？　（　ある　・　ない　）

７、あてはまるものに〇をつけてください。（女性の方）

・妊娠してない　　・授乳中である　　・妊娠している　　・妊娠の可能性がある

８、前立腺肥大はありますか？（男性の方）（　ある　・　ない　）

９、貴方が今まで働いたことのある職業に〇をしてください。※職業と病気の関係性を調べる項目です。

・学生　　・主婦　　・会社員　　・自営業　　・公務員　　・美容師
・調理関係　　・医療関係　　・福祉関係　　・建築業　　・工場、工事現場　　・印刷業

その他：該当項目がない場合は下記の枠に記入してください。

【　　】

１０、当院のことは何で知りましたか？該当するものに〇を付けてください。

・看板(下記より選択)
　平塚市田村　、　中瀬交差点手前(マックスバリュー前)　、　茅ヶ崎市元町
　一之宮３丁目（セブンイレブン近く）　、　一之宮９丁目　、横内交差点手前
・ホームページをみて
・知人の紹介
・その他【　　】