

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) k g		
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○を。該当がない場合その他へ記入してください。

- ・熱がある (体温 °C)
- ・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、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。 (ある ・ ない)

【 】

3、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 ・ ない)

【 】

4、現在飲んでいるお薬はありますか？ (ある ・ ない)

【 】

5、緑内障はありますか？ (ある ・ ない)

6、現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？ (女性の方)

- ・妊娠してない
- ・妊娠している
- ・妊娠の可能性はある

7、前立腺肥大はありますか？ (男性の方) (ある ・ ない)

8、貴方が今まで働いたことのある職業に○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
- ・工場、工事現場
- ・建築業
- ・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。

【 】

9、当院のことは何で知りましたか？該当するものに○を付けてください。

- ・看板
平塚市田村 、 中瀬交差点手前(マックスバリュ前) 、 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
- ・ホームページをみて
- ・知人の紹介
- ・その他 【 】