

## 問診票

フリガナ		身長	c m	体重	k g
氏名		西暦	年 月 日	年齢	才
住所・ 電話番号	〒 ご自宅 ( ) 携帯 ( )				

1) ご受診目的は

①内科系 ②アレルギー科系 ( ぜんそく ・ アトピー ・ 花粉症 )

2) 具体的な症状やご来院の目的をお聞かせください。

①発熱 ( °C) ②腹痛 ③下痢・嘔吐 ④せき・痰 ⑤胸痛 ⑥息苦しさ ⑦頭痛

⑧関節痛 ⑨倦怠感 ⑩めまい・ふらつき ⑪動悸 ⑫インフルエンザ検査希望

⑬その他の検査希望 ⑭その他の症状

3) 今まで入院・手術・長期通院なされた病気はありますか。○で印を付けて下さい。

①特にない。

②ある → 病名 ◇糖尿病 ◇脂質異常症 ◇痛風 ◇高血圧

◇心臓疾患 (心筋梗塞・狭心症・心不全・その他 ( ))

◇呼吸器疾患 (ぜんそく・肺結核・肺炎・その他 ( ))

◇消化器疾患 (胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・その他 ( ))

◇肝胆疾患 (肝炎 [ A型・B型・C型 ] ) 脂肪肝・その他 ( )

◇甲状腺 (甲状腺機能亢進症・低下症)・亜急性甲状腺炎・橋本病

その他 ( )

◇血液疾患

◇その他の疾患

4) 現在他の医療機関で診療を受けていますか。

①ない ②ある→病名・病院名

5) 今まで「くすり」で副作用が出た経験がありますか。

①ない ②ある→薬名・副作用等

6) 家族にアレルギー体質の方がいますか。

①ない ②いる ③わからない

7) 現在、妊娠している可能性はありますか。

①ない ②ある ③わからない

記入時の  
体温

記入時の  
体温 \_\_\_\_\_ ・ °C

8) 最終生理 月 日