

問診票

年 月 日

フリガナ		男		(自宅)
氏名		女	電話番号	(携帯)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		住所	〒 -

- 1) 今日どのようなことが気になっていらっしゃったのですか？
()
それはいつから、どのような症状ですか？
()
- 2) この診療所をお知りになったのは何ですか？
知人、医師、ネット、HP、その他 ()
- 3) 今までかかった病気がありますか？それは何歳でしたか？無し・有り
高血圧、心臓病、糖尿病、腎臓病、胃十二指腸潰瘍、喘息、緑内障
その他 ()
- 4) 手術をしたことはありますか？何歳の時でしたか？ 無し・有り
()
- 5) 今飲んでいるお薬がありますか？無し・有り お薬手帳があったらお見せください
()
- 6) 現在、お酒は飲みますか？いいえ・はい () 回/週 (ビール () cc・その他 ())
- 7) 現在タバコは吸いますか？いいえ・はい () 本/日 () 歳から () 歳
- 8) アレルギーはありますか？いいえ・はい
食べもの () お薬 () その他 ()
- 9) 女性の方だけお答えください。
現在 妊娠中・妊娠してない・わからない・授乳中。
- 10) 現在の生活を伺います。同居のかた なし・あり ()
睡眠時間 () 時から () 時頃。仕事は () 時から () 時頃。通勤時間 () 分。
食事は三食 とる・とらない () 食/日 (理由 ())
好きな食べ物、お菓子類 ()
睡眠中にいびきが 大きくない・大きい (呼吸がとまると言われない・言われる)・わからない
朝起きた時に頭が重いときが ない・ある 日中眠くなることが ない・多い
- 11) 現在、あてはまるものがあつたら○で囲んでください。
気分が重い・やるきがでない・イライラする・集中できない・外にでかけたくない・
仕事に忘れっぽい・頭が動かない感じがする・自分はだめだと思ふ・休みたい。
食欲がない・食べものを食べすぎてしまう (だらだらと長い・一度にどかっと多い)
肩こりがある・頸が張っている・手指がしびれる・足がむくむ・膝が痛い・腰が痛い
- 12) 入院をご希望ですか？いいえ・はい
- 13) ほかにご質問、ご希望があつたらお書きください。
()
- 14) 点滴ご希望のかたに。注射で気分が悪くなったことはありますか？ ()