

# 問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (才)
氏名		男 女	身長 体重	身長 cm ・ 体重 kg
住所	〒 電話番号( ) -			

Q1. 本日は、どのような内容で来院されましたか？

1. 発熱 2. めまい 3. 痛み(部位 ) 4. けが(部位 )  
5. その他(具体的 )

Q2. いつ頃からですか？

1. 月 日 午前 ・ 午後 時頃から 2. わからない

Q3. 現在、医師の治療を受けていたり、飲んでいる薬がありますか？

- いいえ ・ はい 「はい」の方…… 病院名 ( 病院 科)  
薬品名 ( )

Q4. 今までに次の病気にかかったことがありますか？(あれば○をつけてください)

1. 高血圧 2. 不整脈 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 肝臓病 6. 腎臓病 7. 脳疾患  
8. 肺結核 9. 肺炎 10. 喘息 11. その他 ( )

Q5. 今まで手術を受けたことがありますか？

- はい ・ いいえ  
「はい」の方…… 病名( ) 病院( )

Q6. 輸血(血液製剤)を受けたことはありますか？

- はい ・ いいえ

Q7. 今までに注射や飲み薬で、気分が悪くなったり

- じんましんが出たり、あわなかった事がありますか？ 「はい」の方… 食べ物 ・ 薬 ・ その他

Q8. タバコは吸いますか？

- はい 1日( )本/( )年 ・ いいえ

Q9. お酒は飲みますか？

- はい ・ いいえ  
「はい」の方…( )を1日( )杯位

Q10. 女性の方にお尋ねします

現在妊娠している可能性はありますか？

- はい ・ いいえ

現在授乳中ですか？

- はい ・ いいえ

Q11. 当院に来院されたきっかけは？(複数可)

- 家から近い ・ 通りがかり ・ 看板(医院・駅) ・ 広告 ・ インターネット ・ 紹介(家族・知人・他院)  
その他( )

ご記入ありがとうございました

小田内科 循環器内科