問診票（初めて来院された方はご記入ください）

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日
氏名			
住所	〒　　－		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？
□痛い（□頭　□のど　□胸　□おなか　□背中　□その他（　　））
□熱　□鼻水・鼻づまり　□咳・たん　□動悸・息切れ　□心臓が気になる
□吐き気　□胸やけ　□胃が痛い　□胃がもたれる　□便秘　□下痢　□食欲低下
□尿に血が混じる　□尿が近い　□排尿時に痛みがある　□むくみ　□めまい・ふらつき　□不眠
□その他（　　）

症状はいつ頃からありますか？　約（　　）日・週間・ヶ月・年前から

特にご希望される検査、治療などがありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
□なし　□あり（　　）

現在、治療中の病気はありますか？
□なし　□あり（　　）

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？
□なし　□あり（　　）

喫煙、飲酒について教えてください
喫煙：□吸わない　□吸う（　　本/日　×　　年間）
　　□禁煙した（　　年前から。それまで喫煙（　　本/日　×　　年間））
飲酒：□飲まない　□飲む（週　　日）　種類・量（　　）

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？
□なし　□あり（　　）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
□いいえ　□はい（□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？
□インターネット　□看板　□知人　□通りがかり　□その他（　　）

ご協力ありがとうございました。高桑内科クリニック