

問 診 票

【フリガナ】 _____ 【生年月日】 _____ 【性別】 _____
【お名前】 _____ 大正・昭和・平成 ____年__月__日（ ）歳 男 女

〒 _____ 【電話番号】 _____
【住所】 _____ 携帯電話 _____ 自宅 _____

【緊急連絡先】 お名前 _____ 電話番号 _____ 続柄 _____

・本日の症状について該当するものに☑ をつけてください。

症状はいつからありますか？ () 日前 () ヶ月前 () 年前

- 胃の痛み 下腹部の痛み（右・左） 胸の痛み 腰の痛み 背中中の痛み 頭の痛み
 首の痛み 腕の痛み 足の痛み 手指・関節の強張り、痛み 他の痛み（部位：_____）
 嘔吐 嘔気 胸やけ 吐血
 下痢 便秘（__日に1回） 下血・血便 腹部膨満感 黄疸
 頻尿 排尿痛 動悸 息苦しさ 不整脈 （手・足）のむくみ（右・左）
 不眠 食欲不振 倦怠感 急激な体重の変化（増 減）
 ふらつき めまい 貧血 高血圧 低血圧 （自宅血圧_____ / _____ mmHg）
 咳 咽頭痛 鼻水 痰 関節痛 発熱（自宅体温 最高_____度）

※上記に☑ のある方 最終食事摂取時間 今日 昨日 () 時摂取

・本日のご相談内容について該当するものに☑ をつけてください。

- 糖尿病について 肝臓について 禁煙外来について
 健康診断（自由診療）（人間ドック ・ 一般健診 ・ 長崎市癌検診）
 健診結果の精密検査（異常項目 _____）

（検査結果 及び 紹介状 をお持ちの方はご提出をお願い致します）

・上記以外の症状、補足等ありましたらご記入ください。

・ご希望の検査があれば☑ をつけて下さい。

- 胃カメラ 大腸カメラ 超音波（エコー）検査 レントゲン リウマチ検査 血液検査 尿検査

※本日お食事されていない場合、上記全ての検査が当日施行可能です。

ただし、来院時間により検査できない場合もありますのでご了承ください

※裏面の記載もお願いいたします。



・今回の症状に対して他の病院にかかりましたか？

いいえ

はい 病院名 _____ 治療内容 _____ 紹介状 あり なし

・現在、治療中の病気、通院中の病院はございますか？

いいえ

はい

病名 _____ 病院名 _____ 治療内容 _____

・下記の病気について治療を受けている方はをつけてください。

心臓病 緑内障 前立腺肥大症（男性）

・下記のお薬を服用中の方はをつけてください。

抗血小板薬（血液をサラサラにするお薬 ワーファリンなど）

・現在お飲みになられているお薬はございますか？

いいえ

はい お薬名 _____

※お薬手帳をお持ちの方はお薬名記入不要です。問診票と一緒に「お薬手帳」をお出してください。

・お薬・注射・食べ物の副作用・アレルギーが出たことはございますか？

いいえ

はい お薬・注射・食べ物の名前 _____

・たばこは吸いますか？ いいえ（禁煙中） はい（禁煙希望）

・お酒は飲みますか？ いいえ はい（1日の飲酒量 _____）

【女性の方のみ】

・妊娠中ですか？ いいえ はい

・授乳中ですか？ いいえ はい

・当医院をお知りになったきっかけを教えてください（任意）

