

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 (血圧 _____ / _____ mmHg)
- 咳 咽頭痛 鼻水 痰 関節痛 発熱 (体温 最高 _____ 度)
- 味覚障害 嗅覚障害 14日以内の県外渡航歴 14日以内の県外の方との接触歴

最終食事接種時間 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 肝臓病 について リウマチ・膠原病 について
- 腎臓病 について 脳疾患 について 禁煙外来 について
- 健康診断希望 (自費) (人間ドック ・ 一般健診 ・ 長崎市癌検診)
- 健康診断の精密検査希望 (異常項目 _____)

(検査結果 及び 紹介状 をお持ちの方は問診票と併せて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。

- インフルエンザ検査
- 胃カメラ 大腸カメラ 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・予約状況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 _____

・**ご家族**に下記の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

がん 高血圧 糖尿病

・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）

