

問診票（当院への受診が初めての方）

ご記入日：令和 年 月 日

フリガナ					生年月日	性別
お名前					<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 () 歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				
		メール				
		ご職業				
血圧	mmHg	脈拍	bpm	体温	°C	
SpO2	%	身長	cm	体重	kg	

下記の該当する項目に チェックを付けてお答え下さい

今日はどうされましたか？	感冒症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気			
	神経症状	<input type="checkbox"/> 痺れがある <input type="checkbox"/> 動かしづらい部位がある ()			
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 脈不整 <input type="checkbox"/> 息苦しい			
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃腸の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない			
	その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい			
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み			
	検診希望	<input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> 甲状腺			
	その他	<input type="checkbox"/> 検（健）診の二次検査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 紹介状をもっている			
	上記に当てはまらない場合や、詳細などをご記載ください				
いつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () 週間前から <input type="checkbox"/> () ヶ月前から <input type="checkbox"/> () 年前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 現在、症状はない <input type="checkbox"/> その他 ()				
現在、治療中の病気や過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心疾患（不整脈など） <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 腫瘍性疾患			
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方 薬品名 ()			
食べ物や、お薬でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※「ある」とお答えの方 薬品名 () 食品名 ()			
お酒について	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	お酒を飲む頻度 () お酒の種類と量 ()	タバコについて <input type="checkbox"/> 吸う・やめた <input type="checkbox"/> 吸わない	1日 () 本 () 年間	
手術を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※「ある」とお答えの方 いつ頃 () 部位 ()			
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 () ヶ月 () 週 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中				