

# 診察を受けられる方へ

平成 年 月 日

※太枠の中は必ずご記入ください

ご住所	(〒 - )	電話番号 (携帯可)	( ) -
(ふりがな)		生年月日	大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)
お名前			

①本日はどうなさいましたか？当てはまる症状に○をお付けください。

発熱・今( °C) 頭痛 のどの痛み 咳 鼻水 鼻づまり だるさ 寒気  
吐き気 おう吐 食欲がない 下痢 腹痛 便秘 胃が痛い 胸やけ 呼吸が苦しい  
※その他の症状があれば、具体的にご記入ください。

--

②①の症状はいつごろからありますか？

--

③本日は食事をしていますか？

朝食 ・ 昼食 ・ 食べていない

④いままでにかかったことのある病気はありますか？

1) ない 2) ある→ 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓の病気 ぜんそく 肺の病気  
脳出血 脳梗塞 肝臓の病気 肝炎 胃潰瘍 十二指腸潰瘍  
腎臓の病気 がん(具体的に ) 白内障 緑内障  
その他( )

⑤いま飲んでる薬はありますか？※お薬手帳などがあれば一緒に提出してください。

1) ない 2) ある→ お薬の名前( )

※名前がわからない→なんのお薬ですか？(例：「血圧の薬」「血液をサラサラにする薬」など)

--

⑥今までに、体にあわない薬はありましたか？

1) ない 2) ある→ 痛み止め・解熱剤・抗生物質・風邪薬・その他( )

⑦食べ物のアレルギーはありますか？

1) ない 2) ある→ 卵・牛乳(乳製品)・肉・そば・小麦・魚 その他( )

⑧当院を何でお知りになりましたか？※どれか一つの番号に○をつけてください。

1) 家族・知人にすすめられて 2) 他医院さんからの紹介で 3) 電話帳を見て 4) 看板を見て  
5) 広告(HEART「ハート」)を見て 6) インターネットやホームページを見て  
7) その他(具体的に )

ご回答ありがとうございました。女性の方・お子さまは以下の質問にもお答えください。

※女性のかたへ

妊娠している可能性はありますか？

妊娠している(妊娠 か月) ・ 妊娠していない ・ わからない

※中学生以下のお子様へ

今現在の体重( kg) お薬の希望( 粉 ・ シロップ ・ 錠剤 )

ひきつけをおこしたことはありますか？ → ある( 歳ごろ) ・ ない

今までに受けた予防接種 → DPT・DT・MR・日本脳炎・おたふく・水痘

この問診票は、当医院の受診をする際の参考とさせていただきます。それ以外の用途には決して使用いたしません。  
また、お書きいただいた問診票は、受診後、適正に処分いたします。 よしおか内科胃腸科 院長

