

問診票 (初診時)

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別	男・女	年齢		歳
住所	〒 — —			身長		cm
				体重		Kg
電話番号	ご自宅： — —		携帯： — —			

本日の診療についてお答えください

持参書類	<input type="checkbox"/> 紹介状 (医療機関名：) <input type="checkbox"/> 検診報告書
本日の症状	発症日： 月 日 時 (頃) ~ 下記から、本日の症状を選んでください
全身状態	<input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 不眠/睡眠障害 <input type="checkbox"/> うつ症状
胸の症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動悸
お腹の症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胃の不快感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 血便
皮膚の症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 冷え (部位： b)
内科以外の症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 頸部痛 <input type="checkbox"/> 排尿困難 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 筋力低下/麻痺
外傷等	<input type="checkbox"/> けが (<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> ぶつけた 部位：) <input type="checkbox"/> やけど (部位：) <input type="checkbox"/> 関節痛 (部位：) <input type="checkbox"/> 関節痛
その他	<input type="checkbox"/> 検診検査希望 (<input type="checkbox"/> 雇用時検診 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 検診後精密検査 (<input type="checkbox"/> 当院での検診後 <input type="checkbox"/> 他院での検診後)
上記以外	具体的に ()

現在治療中の病気のある方は、あてはまるものに☑をつけてください

おかかりの病院名 () <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症・高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 喘息) <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 眼疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 癌 (部位： ステージ：) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 (病名：)

現在飲んでいる薬についてお答えください

現在飲んでいる薬のなまえ ※お薬手帳をお持ちの方はご一緒に提出してください	
① _____	③ _____
② _____	④ _____

裏面のご記入もお願いします

