

問診票

フリガナ

氏名

年齢 歳

身長 cm

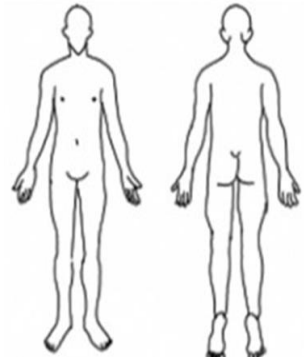
体重 kg

本日の体温 °C

※本日マイナンバーカードの認証はされましたか？ ☐ 済み ☐ 未

◎受診された主な症状は何ですか？それはいつからですか？

右の人体図を使用して、良くない場所に印をつけてください。



◎今回の症状でどちらかの医療機関にかかりましたか？

☐ いいえ ☐ はい 年 月 日から にかかっている

紹介状や健診結果はお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ

1. 治療中、または今までにかかった病気はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えられた方は、下の表であてはまるものに☑をつけてください。

☐ 心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈など） ペースメーカー挿入	(歳頃)	☐ がん	(歳頃)
		☐ ぜんそく	(歳頃)
☐ 高血圧	(歳頃)	☐ 前立腺肥大	(歳頃)
☐ 糖尿病	(歳頃)	☐ 緑内障	(歳頃)
☐ 腎臓病	(歳頃)	☐ 脳梗塞・脳出血	(歳頃)
☐ その他（病名： ）	(歳頃)	輸血歴 ☐ あり (歳頃) ☐ なし	
☐ 肝臓病（肝炎・肝硬変など） → 肝炎ウイルス治療歴 ☐ あり ☐ なし			(歳頃)
☐ 手術歴あり→術名： (歳頃) ・ (歳頃)			

2. アレルギーはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

食物 () ・ 薬 ()
その他 ()

3. たばこ ☐ 吸わない ☐ 吸う（喫煙歴 歳～ ・ 本数 本/日） ☐ 過去に吸っていた（喫煙歴 歳～ 歳 ・ 本数 本/日）

アルコール ☐ 飲まない ☐ 飲む（何を ・ 1回量 ml ・ 頻度 週に 日）

4. 服用中のお薬・サプリメントがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えられた方は、あてはまるものに☑をつけてください。

☐ 抗凝固剤（血液をさらさらにする薬） ☐ 糖尿病薬（インスリン・内服） ☐ 高血圧 ☐ 抗けいれん薬 ☐ 眠剤
☐ サプリメント名 ()
☐ その他（お薬名： ・ ）

お薬手帳は持っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

5. 最後の食事はいつとられましたか？

月 日 時頃に を食べた

6. 女性の方へ

- ①妊娠していますか？ 又は可能性がありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
②授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
③最終月経はいつですか？ (月 日) ☐ 閉経している