

問診票

年 月 日

ふりがな	生年月日	大・昭・平	年	月	日
お名前	ご住所 〒				
	殿			電話番号 () -	
ご職業	会社名				
勤務先ご住所				電話番号 () -	

どんな症状がありますか？

- 1.咳が出る はい・いいえ はいと答えた方 () 日前から
- 2.痰が出る はい・いいえ はいと答えた方 (痰の色)
- 3.鼻水が出る はい・いいえ はいと答えた方 () 日前から
- 4.熱がある はい・いいえ はいと答えた方 () 日前から (°C位)
- 5.喉が痛い はい・いいえ
- 6.頭痛がする はい・いいえ
- 7.腹痛 ある・ない あると答えた方 () 日前から
- 8.下痢 ある・ない あると答えた方 () 日前から
- 9.めまいがする はい・いいえ
- 10.胸が苦しくなる はい・いいえ
- 11.オシッコが近い はい・いいえ
- 12.夜なかなか寝付けない はい・いいえ
- 13.今までにかかった病気 いつ頃 ()
- 14.今までにした手術 いつ頃 ()
- 15.現在他院にかかっている はい・いいえ
はいと答えた方 病院名 ()
- 16.今現在、服用しているお薬はありますか? はい・いいえ
はいと答えた方 お薬の名前 ()
- 17.薬、食べ物でアレルギーがある はい・いいえ
はいと答えた方 薬品・食品名 ()
- 18.現在、タバコを習慣的に吸っている はい・いいえ
はいと答えた方 1日 (本) ・ () 年間
- 19.お酒を飲む頻度 (あてはまる箇所には○を付けて下さい。)
毎日 () 時々 () ほとんど飲まない (飲めない) ()
飲むと答えた方 1合未満 () 1~2合未満 () 2~3合未満 () 3合以上 ()
※清酒1合の目安=ビール500ml 焼酎35度80ml ウイスキーダブル1杯60ml ワイン2杯240ml
- 20.現在妊娠している はい・いいえ
- 21.その他 (いつからどのような症状がありますか?)
()
※当クリニックには何を見てご来院されましたか?
()



みなみハート内科クリニック