

【 成人問診票 】

用紙に記入し保険証、おくすり手帳と一緒に受付へお出し下さい。

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	住所	〒 -
生年月日	年 月 日	固定電話 - -
年齢	歳	携帯電話 - -
性別	男 ・ 女	勤務先名
		勤務先電話 - -
<p>◆今日はどうされましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>咳、痰、鼻水 <input type="checkbox"/>体のしびれ</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>のどが痛い <input type="checkbox"/>体のむくみ</p> <p><input type="checkbox"/>胃痛 <input type="checkbox"/>息苦しい <input type="checkbox"/>食欲がない</p> <p><input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>胸が痛い <input type="checkbox"/>悪心、嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>めまい、ふらつき</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>		<p>◆アレルギーについてお尋ねします。</p> <p><input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>花粉症</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤アレルギー (薬剤名:)</p> <p><input type="checkbox"/>造影剤でのアレルギー</p> <p><input type="checkbox"/>食物アレルギー (食品名:)</p> <p><input type="checkbox"/>アルコール消毒での肌負け</p>
<p>◆いつからですか？</p> <p><input type="checkbox"/>今日から(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> ()日前から</p> <p><input type="checkbox"/> ()週間前から <input type="checkbox"/> ()ヶ月前から</p>		<p>◆嗜好品についてお尋ねします。</p> <p>①喫煙者ですか？ <input type="checkbox"/>はい(本/日) <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>②アルコールは飲みますか？ <input type="checkbox"/>はい(飲む量:) <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>◆今回の症状で、他の医院・病院に受診されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>年 月 日から</p> <p>にかかっている。</p>		<p>◆一緒に生活されているご家族は？</p>
<p>◆健診・検診データや他医院からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>		
<p>◆他に、現在治療中の病気・飲んでる薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>病院名: _____</p> <p>病名: _____</p> <p>薬剤名: _____</p>		<p>◆ご家族の健康状態についてお尋ねします。 当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>・高血圧 : 祖父母・両親・兄弟姉妹・子・その他</p> <p>・心臓病 : 祖父母・両親・兄弟姉妹・子・その他</p> <p>・糖尿病 : 祖父母・両親・兄弟姉妹・子・その他</p> <p>・高脂血症: 祖父母・両親・兄弟姉妹・子・その他</p> <p>・がん : 祖父母・両親・兄弟姉妹・子・その他</p> <p>・その他 : 祖父母・両親・兄弟姉妹・子・その他</p>
<p>◆今までにどのような病気にかかったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>高脂血症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脳卒中</p> <p><input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>胃・腸の病気</p> <p><input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>肺結核 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>悪性疾患(がん)</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>		<p>◆当院受診のきっかけは？</p> <p><input type="checkbox"/>知人の紹介 <input type="checkbox"/>ホームページを見た</p> <p><input type="checkbox"/>近くに勤務、在住 <input type="checkbox"/>以前、当院にかかったことがある</p> <p><input type="checkbox"/>家族がかかりつけ (お名前:)</p>
<p>◆今までに手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>あり() <input type="checkbox"/>なし</p>		<p>◆診察前に医師、看護師に伝えたいこと等があれば、ご記入ください。</p>
<p>◆女性の方にお聞きます。</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠中(予定日:)</p> <p><input type="checkbox"/>授乳中 <input type="checkbox"/>いずれも該当しない</p>		