

問 診 票

年 月 日

フリガナ お名前		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒	性別・ご年齢	男 ・ 女 歳
電話番号	ご自宅：	携帯：	

ご希望に沿った診察を行うための参考にさせていただきますので、お手数ですがお分かりになる範囲でご記入と該当する項目へのチェックをお願いいたします。

Q 来院(受診)目的： 治療 外科的処置 検査(血液・尿・レントゲン・心電図・胃カメラ・超音波)
 注射・点滴 健康診断やがん検診 介護保険申請 診断書 (疾患や健康)相談
 その他または具体的に()

Q ご持参された書類： なし 紹介状 健診やドックの結果票 その他()

Q 症状の始まり：()日前から または ()月()日から

Q (自覚)症状： 発熱 のどの痛み 鼻水・鼻づまり せき・たん 頭痛 関節痛 目のかゆみ
 皮膚のかゆみ 倦怠感 息苦しさ 動悸 脈の乱れ 胸の圧迫感・痛み 胸やけ
 めまい・ふらつき むくみ(手・足・顔) しびれ(手・足・顔) 体重減少 食欲低下
 吐気・嘔吐 腹痛・お腹がはる 下痢 便秘 血便 頻尿 排尿時痛 残尿感
 その他()

Q 過去に病気はありますか？：
 いいえ はい⇒(病名など)

Q 入院経験や手術歴はありますか？：
 いいえ はい⇒(病名・手術名など)

Q 現在、治療中の病気はありますか？： いいえ はい⇒
 通院中の科； 内科 外科 整形外科 耳鼻科 眼科 皮膚科 泌尿器科 心療内科・精神科
 病院または医院名； 病名；

Q 現在内服中のお薬はありますか？：
 いいえ はい⇒(お薬名)

Q 過去にお薬での副作用やお薬・食べ物などでアレルギー症状がでたことはありますか？：
 いいえ はい⇒(名前や症状)

Q 喫煙： なし あり⇒() 飲酒： なし あり⇒()

Q 妊娠： なし あり⇒(カ月) 授乳： なし あり⇒(歳 カ月)

その他何かありましたらご記入下さい。

最後に差し支えなければ来院のきっかけをお教え下さい。

近隣知人の紹介 他医療機関からの紹介 電話帳や情報誌などの広告を見て 通りがかり
 ネット医療機関検索サイトを見て 当院ホームページを見て その他()

以上です、ご協力大変ありがとうございました。

三宅医院 045(861)2561
<http://www.miyake-cl.com/>