

問診票

フリガナ	
お名前	性別 男 女
生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日	年齢 歳
住所 〒	
携帯電話 (— —)	自宅 (— —)

◆今日はどうなさいましたか？
《風邪症状》熱がある・鼻水、鼻づまり・咳・痰・頭痛・関節痛・体がだるい その他 ()
《胸・体》胸痛・動悸・息切れ・胸の圧迫感・顔や体のむくみ・体がだるい その他 ()
《お腹》腹痛・お腹がはる・下痢・吐き気・食欲がない・血便(黒い・赤い)便秘 その他 ()
《慢性的な病気》 高血圧・高脂血症・糖尿病 《その他》 []
それはいつからですか？⇒ ()
◆今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒高血圧・高脂血症・狭心症/心筋梗塞・脳卒中・糖尿病・痛風・喘息 その他→ 現在通院中のクリニック ()
◆現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒お薬手帳、薬剤情報提供書などをお持ちですか？ ある なし お持ちでない方はお薬名などをご記入下さい →
◆ジェネリック医薬品について
<input type="checkbox"/> ジェネリック医薬品を絶対希望しません (先発品しかだめ) <input type="checkbox"/> 種類によって希望します () <input type="checkbox"/> 希望します
◆薬や食べ物にアレルギーはありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ 薬 食べ物
◆嗜好品はありますか？
お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ⇒何を () どのくらい (ml) 週 () 日 タバコ <input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた ⇒ (本/日) (年間) <input type="checkbox"/> 現在も吸っている ⇒ (本/日) × () 年間
◆当院をどのように知りましたか？
<input type="checkbox"/> 病院・クリニックからのご紹介 () <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 当院ホームページ・SNS <input type="checkbox"/> 知人からのご紹介 <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> その他 ()