

ふりがな					
名前	(男 ・ 女)				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
郵便番号	〒				
住所					
電話番号	自宅				携帯電話

●本日の来院目的

症状の相談

健診結果の相談

健診を受けに来た(特定健診・健康診査・肺癌・胃癌・大腸癌・前立腺癌・肝炎ウイルス・骨粗鬆症)

検査の希望(採血・胸部レントゲン・心電図・胃カメラ・大腸カメラ・その他())

予防接種

●体温 _____ °C

●症状はありますか (症状あり・症状なし)

●症状はいつからですか (_____ 月 _____ 日から)

発熱 悪寒 関節痛 頭痛 倦怠感

鼻水 鼻づまり のどの痛み 咳 痰

腹痛 胃痛 嘔気 嘔吐 下痢 血便 黒色便 胃もたれ 胸焼け

胸痛 動悸 背部痛

その他 ()

●今まで通院、入院した病気、怪我、現在治療中の病気などを教えてください(あり・なし)

_____ 歳時 診断名() 経過(手術・薬で治療(現在も治療中・完治)・経過観察)

_____ 歳時 診断名() 経過(手術・薬で治療(現在も治療中・完治)・経過観察)

_____ 歳時 診断名() 経過(手術・薬で治療(現在も治療中・完治)・経過観察)

● _____ 歳時～ 花粉症(あり・なし)

●現在飲んでいる薬(薬手帳、実物でもかまいません)

(あり・なし)

●アレルギーについて教えてください

薬のアレルギー (あり・なし) ありの方は薬剤名()

食品のアレルギー (あり・なし) ありの方は食品名()

その他()

●嗜好品について

たばこ(吸わない・吸う(1日 _____ 本、吸った年数 _____ 年)・以前吸っていた(_____ 歳時から禁煙))

アルコール(飲む・飲まない)

飲む方 頻度(毎日・週に _____ 回・月に _____ 回・年に _____ 回)

1回の飲む量(ビール _____ 杯・焼酎 _____ 杯・日本酒 _____ 杯・ワイン _____ 杯・ウイスキー _____ 杯)

※(女性への質問です)妊娠の可能性(あり・なし) 授乳中(あり・なし)

円満な診察のために問診票は記入漏れがないようにご協力をお願いします。