

問 診 票

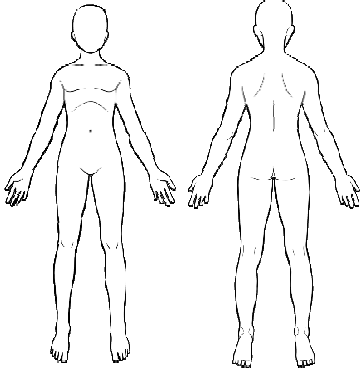
年 月 日

フリガナ

氏名

様 (歳) 男 / 女 体温 °C

次の1～15の問いにチェックまたはご記入ください

1. 他の医療機関からの 紹介状はお持ちですか	☐ なし	☐ あり <u>※問診票と一緒に受付へお渡してください</u>
2. この1年間に特定健診 または高齢者健診を 受診されましたか	☐ 受診なし ☐ 不明	☐ 受診あり 受診時期 年 月 日 <u>※健診結果表をお持ちの方は</u> <u>問診票と一緒に受付へお渡してください</u>
3. どういった症状が ありますか あてはまるものに チェックをつけて、 右図の症状のある部位に ○をつけてください (複数回答可)	☐ 痛み ☐ 腫れている ☐ 下痢 [回数:] ☐ 食欲不振 ☐ 動悸 ☐ むくみ ☐ ふらつき ☐ めまい ☐ その他 []	
・上記症状の要因等が ありましたらご記入 ください	(例: 転んだ) []	
・上記症状はいつ頃 からありますか	・当日 ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () か月前 ・ () 年前 ・ 自覚症状なし	
4. 今回の症状で他の 医療機関を受診 しましたか	☐ いいえ	☐ はい 年 月 日 (病院名:)
5. 現在、治療中の病気が ありますか当てはまる ものにチェックをつけ てください (複数回答可)	☐ なし	☐ あり ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病 ☐ 喘息 ☐ 腎臓病 ☐ 心臓病 ☐ 脳卒中 ☐ 結核 ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大症 ☐ がん [] ☐ その他 []

裏面もご記入ください

