

# 問診票 成人 日付：

お分かりになる範囲で結構ですのでご記入ください。お手数ですが、ご記入後受付までご提出ください。

★ひらがなで記入してください なまえ <span style="float: right;">(男・女)</span>	生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
待合室自動血圧測定	/ 脈拍 /分	体温 °C

1. 本日はどのような理由で来院されましたか？

- 他院からの紹介 (病院名： \_\_\_\_\_ )
- 定期通院を希望 高血圧・脂質異常症 (高脂血症)・糖尿病など生活習慣病について診療希望
- ↳ 別紙の問診票をお渡ししますので、受付で声をかけてください
- 健診で受診をすすめられた
- 書類を作成してほしい
- 体調が悪い

3以下を記入してください

↓ 2から8の質問に  
記入してください。

2. 本日はどのような症状で来院されましたか？

発熱	月	日	AM・PM	時頃	から	最高	°C	解熱剤の希望 (粉薬 座薬 錠剤)
頭痛	月	日	AM・PM	時頃	から			
のど痛	月	日	AM・PM	時頃	から			
鼻水	月	日	AM・PM	時頃	から	( 透明 ・黄色 ) ( 多 ・中量 ・少 )		
咳	月	日	AM・PM	時頃	から	(痰がらみ・ゼーゼー・※息苦しい)		
※嘔吐	月	日	AM・PM	時頃	から	(1日 回くらい)		
下痢	月	日	AM・PM	時頃	から	(1日 回くらい/黄色・白色・血便・水様・泥状)		
腹痛	月	日	AM・PM	時頃	から	下記のような症状があれば○で囲んでください。		
発疹・かゆみ	月	日	AM・PM	時頃	から	※ぐったりしている ※意識状態がわるい (呼びかけても反応が悪い) ※手足が動かない		
その他								

3. 思い当たる原因はありますか (例 幼稚園で胃腸炎が流行っている など)  
家族、周囲で同じ症状のある方、1ヶ月以内に海外渡航歴のある方はご記入ください。

4. 現在の状態

食欲 ( ある ・ ない )                      水分 ( 飲める ・ 飲めない )

5. 現在、他院に診察を受けたり、治療中の病気はありますか？ ( いいえ ・ はい )

はいの方は (病名 \_\_\_\_\_ )

飲んでいる薬はありますか？ (薬品名 \_\_\_\_\_ )

(おくすり手帳がある方は受付へお持ちくだされば結構です。)

6. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ (いいえ、はい [ \_\_\_\_\_ ヶ月])

授乳中ですか？ (いいえ、はい)

7. 最終診察日から、保険証の変更はありますか？ (いいえ    はい)

8. 質問・不明な点があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼びしますのでお待ち下さい。

ご記載の内容は診療目的のみ利用させていただきます。

あまが台ファミリークリニック