

# 《 問 診 票 》

受診日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ:

氏名: \_\_\_\_\_ (男・女) 明・大・昭・平\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生\_\_\_\_才

職業: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 体温: \_\_\_\_\_ °C (測定してきた場合)

住所: 〒 \_\_\_\_\_

携帯番号: TEL \_\_\_\_\_ 自宅電話番号: TEL \_\_\_\_\_

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

( \_\_\_\_\_ )

2. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか ( はい ・ いいえ ) 授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

3. 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それは何歳頃ですか。

年齢	年齢	年齢
虫垂炎 ( _____ 才 )	肝臓病 ( _____ 才 )	脂質異常症 ( _____ 才 )
腎臓病 ( _____ 才 )	心臓病 ( _____ 才 )	脳卒中 ( _____ 才 )
高血圧 ( _____ 才 )	糖尿病 ( _____ 才 )	鼻疾患 ( _____ 才 )
胃潰瘍 ( _____ 才 )	喘息 ( _____ 才 )	痛風 ( _____ 才 )
不眠症 ( _____ 才 )	その他の病名 ( _____ )	( _____ 才 )

4. 通院中の病院はありますか。もしくは、服用されているお薬はありますか。

( はい ・ いいえ ) 「はい」の方・通院理由: \_\_\_\_\_

飲まれているお薬を教えてください: \_\_\_\_\_

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹・気分不快など)を起こしたことがありますか。

( はい ・ いいえ ) 食べ物・薬などの名前 ( \_\_\_\_\_ )

6. 飲酒はしますか。 ( はい ・ いいえ )

「はい」の方・回数: 毎日 ・ 週1回 ・ 週2~3回 ・ 週4~6回

7. 喫煙はしますか。( はい ・ いいえ )

「はい」の方・本数: 1日 \_\_\_\_\_ 本/日 喫煙歴: \_\_\_\_\_ 年

8. 当院を受診したきっかけを教えてください。該当するところに○をつけてください。

ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 病院 or 施設からの紹介 ・ ご近所・クリニックの看板・  
駅の案内地図 ・ 市民公開講座 ・ 広告 ( \_\_\_\_\_ を見て)

緊急で診察しなければならない患者様や予定よりも時間をとらなければならない患者様もいるため、  
予定時間通りには診察できない場合があります。ご了承ください。

(医) やまがた呼吸器内科クリニック