問診票

医療法人案浦クリニック

ふりがな		受診日:令和　　年　　月　　日	
お名前		性別	男 ・ 女
生年月日	大 ・昭 ・ 平 ・令　　　年　　　月　　　日	年齢	才
住所	〒	電話	（　　）　　―

体温　　　　℃　　（高校生以下の方のみ）身長　　　　cm／体重　　　kg

【1】本日はいかがなさいましたか？（〇をつけて下さい）

①診察（新たな症状・前回の続き）　②健康診断（※健康診断の方も【2】～【6】をご記入下さい）

③健康診断後の再検査　④抗体検査　⑤その他（　　　　　　）

＜どのような症状がありますか？＞

発熱・咳 ・ 痰 ・ のどが痛い ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 頭痛 ・ 悪寒 ・ 関節痛

腹痛 ・ 軟便 ・ 水のような下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 便秘 ・ 発疹・食欲がない

胸が痛い ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 呼吸が苦しい　その他（　　　　　　　　　　　　）

＜症状はいつからですか？＞　　今日・昨日・2～3日前・1週間前・その他（　　　　から）

【2】生まれてから今までにかかった病気はありますか？

ない

ある　　　先天性の病気 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ 脳卒中 ・ 心筋梗塞

狭心症 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　）

それはいつ頃（または年齢）ですか？（　　　　年前、　　　　才の頃）

現在治療中ですか？　いいえ ・ はい

【3】現在飲まれているお薬や市販薬はありますか？

ない

ある　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

【4】今までに、お薬や食べ物でアレルギー症状（発疹や気分不良など）を起こしたことはありますか？

ない

ある　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

【5】女性の方のみお答えください　※必ずご記入ください

現在妊娠中ですか？　いいえ ・ はい　　　ヵ月

現在授乳中ですか？　いいえ ・ はい

【6】その他、治療に対するご希望や医師に聞いておきたい事などがありましたらご記入下さい。

検査をして欲しい ・ 登校や通勤がいつから可能か聞きたい

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※差し支えなければお答え下さい。当院をどのようにしてお知りになりましたか？

□当院ホームページ　□定期演奏会やクラブチーム等の広告　□知人・家族の紹介

□他の医療機関からの紹介　□近所に住んでいる　□その他（　　　　　　　　　　　）

※当院からのお知らせの送付について、上記個人情報を利用する事をご承諾頂けない場合は
チェックをお願いします。　□個人情報の利用を承諾しない