

# 折口医院 問診票

※わかる範囲で記入または○をお願いします。

フリガナ  
1: 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

緊急連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

2: 紹介状をお持ちですか? (いいえ・はい) ※はいの場合は受付に紹介状をお渡し下さい。

3: 本日来院された理由について

いつから、どのような症状がありますか? \_\_\_\_\_ 頃より

熱がある	せきがある	タンがでる	鼻水・鼻づまり	のどが痛い
ぜんそく	息が苦しい	胸が痛い	食欲がない	息切れがする
吐き気・おうと	お腹が痛い	下痢・便秘	体重が減る	どきどきする
血圧が高い	関節が痛い	その他 ( _____ )		

健康診断で精密検査・再検査の判定となった \_\_\_\_\_ 禁煙したい \_\_\_\_\_ 予防接種希望 \_\_\_\_\_

癌治療希望 \_\_\_\_\_ 癌緩和ケア希望 \_\_\_\_\_ 訪問診療希望 \_\_\_\_\_ 在宅ホスピス希望 \_\_\_\_\_ 尊厳死協会 \_\_\_\_\_

4: 当院を受診される前に、他の医療機関を受診されましたか? (いいえ・はい) \_\_\_\_\_

## 病院/診療所

5: 現在お飲みになっている薬はありますか? (いいえ・はい) \_\_\_\_\_

※お薬手帳、説明文書をご持参頂ければ記入不要です。

薬の種類・名前 ( \_\_\_\_\_ )

6: ふだん治療中の病気はありますか? また、どこに通院されていますか?

(なし・あり) \_\_\_\_\_

病名: \_\_\_\_\_

病院/診療所 \_\_\_\_\_

7: 過去に病気や手術したことがありますか?

(なし・あり) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年頃 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)

\_\_\_\_\_ 年頃 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)

8: 喘息 (あり・なし)、花粉症・アレルギー性鼻炎 (あり・なし)、アトピー性皮膚炎 (あり・なし)

9: 薬や食品のアレルギーがありますか?

なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

10: 喫煙・飲酒はされますか? タバコ 1日 \_\_\_\_\_ 本、お酒 週 \_\_\_\_\_ 日

11: ペット なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

12: 職業 ( \_\_\_\_\_ ) ホコリを吸い込むような仕事ですか? (はい・いいえ)

13: 女性の方のみ: 妊娠の可能性はありますか? (はい・いいえ)、授乳中ですか? (はい・いいえ)