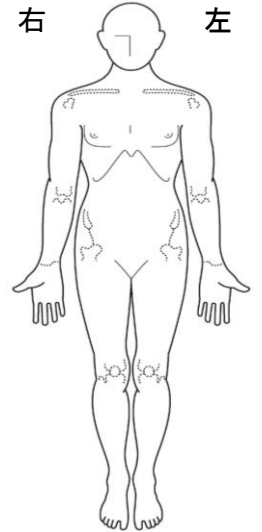


# 問 診 票

(1)本日はどのような症状でこられましたか？症状または部位に○をつけてください。

体温(受付にて 度)

熱発・咳・痰・咽頭痛・鼻水・息苦しい  
腹痛・便秘・下痢・嘔気・嘔吐・吐血・黒色便  
血圧が高い・胸痛・動悸・背中が痛い・むくみ  
頭痛・しびれ・麻痺・しゃべりにくい・めまい  
紹介状持参・健診にて異常あり・発疹・かゆみ



上記症状を詳しく  
もしくは  
上記以外の症状

(2)それはいつ頃からですか？

( )

(3)下記の病気で治療中又は過去に治療を受けられたことはありますか？  
あれば○をつけて下さい。

高血圧症・腎臓病・心臓病・脳梗塞・脳出血・糖尿病  
前立腺肥大症・緑内障・喘息・肝臓病・結核・血液病  
悪性腫瘍(脳腫瘍・癌等)・その他手術等( )

(4)現在服用中のくすりはありますか？ いいえ・はい(当院・他院)

他院より頂いたお薬の名前を記入してください。または薬手帳のご提示をお願いします。  
( )

(5)この1ヶ月間に海外へ行かれたか？ いいえ・はい(場所 )

(6)お薬や食べ物でアレルギーを起こされた事がありますか？

いいえ・はい( )

(7)希望する診療科または医師はおられますか？ いいえ・はい( )

(8)飲酒や喫煙はされますか？

いいえ・飲酒( )・喫煙(1日 本 / 年)

(9)女性のみ・・・

該当なし 妊娠中(予定日 年 月 日) 妊娠の可能性あり 授乳中 生理中

(10)内科受診の方のみ・・・ 本日の診察でインフルエンザ検査を希望されますか？

はい(検査は 初めて )・いいえ ※発症後24時間経過しないと正確な結果が出ない場合があります。  
また次回以降は検査費用は自費となります。

(病院側記入欄)インフル施行者 印

ご記入日 年 月 日

患者名 ( 歳) 男・女

記入者 (続柄 )