

成人用問診票

日付：

①
②

おわかりになるだけで結構ですのでご記入ください。 お手数ですが、ご記入後、受付までご提出下さい。

★ひらがなで記入して下さい。		明・大・昭・平	
なまえ	生年月日	年 月 日生(満 歳)	
待合自動血圧測定	/ 脈拍	体温	℃

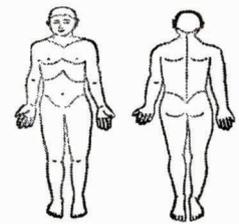
1. 本日はどのような理由で来院されましたか

他院からの紹介(病院名：)
 定期通院を希望 高血圧・脂質異常(高脂血症)・糖尿病など生活習慣病について診療希望
 体調が悪い 別紙の問診票をお渡ししますので受付へ声をかけてください
 ↓ 2-1、2-2を 健診で受診をすすめられた 3. 以下を記入してください
 記入してください 書類を作成してほしい
 自費治療

2. どのような症状ですか

発熱 月 日 AM/PM 時頃から 最高 ℃
 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・緑色 / 多・中量・少) 鼻づまり
 咳 月 日 AM/PM 時頃から (痰がらみ・ゼーゼー・※息苦しい) ※喘息(ゼーゼー) ※息切れ
 痰 月 日 AM/PM 時頃から (白色・黄色・緑色・血が混ざる)
 ※嘔気・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)
 痛み 月 日 AM/PM 時頃から (頭・※胸・腹部・関節) 胃もたれ
 しびれ・発疹・痒み 月 日 AM/PM 時頃から 皮膚・痛みの方は○をつけてください→

その他 () ※ぐったりしている
 ※意識状態が悪い
 ※手足が動かない
 ※ケガ



※ 本日より同症状で他院を受診していますか? はい ・ いいえ

3. 思い当たる原因はありますか

1ヶ月以内に海外渡航歴のある方、家族・周囲で同じ症状のある方は、ご記入ください。
 ()

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

はいの方は(病名)

内服中の薬はありますか

(薬名)
 お薬手帳を受付へご提示していただいても結構です。

5. 内服で苦手な薬はありますか(錠剤 ・ カプセル ・ 漢方薬)

6. 女性の方のみお答え下さい
 妊娠中ですか(いいえ ・ はい [月])
 授乳中ですか(いいえ ・ はい)

7. 最終受診日から保険証の変更はありますか (いいえ ・ はい)

8. ご質問やご不明な点などがありましたらお書き下さい

()

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、お待ちください。
 ご記載の内容は診療目的でのみ利用させていただきます。

溝口ファミリークリニック
 2018.4.12改定

※前回から住所等の変更がある場合はお声掛けください。