

ID:

問診票

ぷらっと本町クリニック

ふと粹は必ず全てご記入下さい。

受診年月日 平成 年 月 日

下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がありましたら、窓口でお聞ください。
より良い診察を適切に行うためですので、お分かりになる範囲でご記入をお願いします。

フリガナ お名前	男 女	大正 昭和 平成	生年月日	年 月 日生 ()才
ご住所 〒		自宅電話番号: 携帯番号:		
勤務先:				
その他連絡先電話番号:				

1) 今日どのような症状でおいでになりましたか? ※紹介状・検査結果をお持ちの方は提出してください。

症状:

それはいつ頃からですか?

2) 現在その症状以外に下記症状はありますか? ある場合はその症状を○で囲んでください。

発熱 頭痛 関節痛 咳 たん 息苦しさ 胸痛 胸部圧迫感 動悸 不整脈 めまい
 体重減少 食欲不振 吐き気 嘔吐 みぞおちの痛み 下腹部痛 下痢 黒色便 下血
 口渇 全身倦怠感 不眠 その他()

3) 現在、他の科や他の病院にかかっていますか? : (ある ない)

ある場合は、病名と飲んでいる薬の名前がわかれば書いてください。 ※お薬手帳を提出してください。

病院名:

薬の名前:

病名:

4) 入院や手術、しばらく通院するような病気にかかったことはありますか? (ある ない)

ある場合は、その時の年齢と病名を書いてください。

年齢:

病名:

5) 輸血を受けたことがありますか? : (ある ない)

輸血時の年齢:

病名:

6) 今までに、薬や食べ物アレルギーはありましたか? : (ある ない)

ある場合にはその薬の名前を書いてください。

薬の名前:

7) 喘息、花粉症などのアレルギーの病気がありますか? : (ある ない)

ある場合には、その病名を書いてください。

病名:

8) 以下の質問に教えてください。

便通 回/日 尿 回/日 飲酒 /日 タバコ 本/日

生理(順 不順 閉経 生理中) 妊娠(している していない しているかもしれない)

同居家族(なし あり: 配偶者 子供 人・父・母・その他)

9) よろしければ当院を受診されたきっかけを教えてください。(複数回答可)

①知人の紹介()様)

②他院の紹介(病院・医院・クリニック)

③インターネット(ホームページ) ④タウンページ・電話帳 ⑤自宅(駅)が近いから

⑥経鼻・大腸内視鏡があるので ⑦立て看板を見て(場所はどちらですか?)

⑧その他()

記入者	
入力者	

ご協力ありがとうございました。ここに書かれた情報は診療以外には使用いたしません。

ID:

名前: _____

バイタルサイン

◆身長	cm	◆体重	kg	◆BMI	◆体温	°C
◆血圧	/	mmHg	◆脈拍	/分		

◆家族歴

お薬手帳	有・無
紹介状	有・無
お預かり書類	有・無