

問診票

阿部医院

受診日 令和 年 月 日

ふりがな		男	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和		
名前		女	年	月	日 (歳)
住所	〒		電話	自宅	携帯

1. 本日はどうなさいましたか？ 体温 (°C)

いつからですか？ ()

風邪症状	・ 熱がある ・ のどが痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳/痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い
頭・目	・ 頭痛 ・ めまい ・ 目のかすみ ・ 他()
胸・から	・ 胸痛/動悸 ・ 息切れ ・ 胸の圧迫 ・ むくみ(場所)
お腹	・ 腹痛 ・ お腹がはる ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲がない ・ 便秘 ・ 血便が出た
痛み・しび	・ 首 ・ 手 ・ 肩 ・ 腕 ・ 背中 ・ 腰 ・ おしり ・ 膝 ・ 足
皮膚症状	・ かゆみ ・ 湿疹/かぶれ ・ やけど ・ 虫刺され ・ かさつき(場所)
その他	

※健診で異常を指摘された ・ 健康診断 ・ 予防接種希望 (種類)

2. 上記の症状で他の病院を受診されましたか？ ・ はい ・ いいえ
(はいの回答の方 紹介状 (情報提供書) はありますか？ ・ はい ・ いいえ)

3. 今までにかかった、又は現在治療中の病気はありますか？ ・ ある ・ ない

・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質代謝異常 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 脳出血/脳梗塞 ・ 痛風	
アレルギー疾患	・ 花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 他 ()

いつ頃(約 ヶ月前/ 約 年前)
現在治療中: (医療機関)

4. 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか？ ・ ある ・ ない
お薬手帳はお持ちですか？ ・ 持っている ・ 持っていない
お薬手帳がない方で、今処方されている薬があれば記入して下さい

--

5. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ ・ ある ・ ない
それは何ですか？ ()

6. たばこ: ・ 吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている: 本/日 (歳 ~ 歳)

7. 酒: ・ 飲まない ・ 飲む 週 () 回 ・ 月 () 回

8. マイナ保険証による診療情報 (受診歴、薬剤情報、特定健診情報等) の取得について
・ 同意する ・ 同意しない

* 女性の方のみ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ ・ はい ・ いいえ