受診される患者さんへ（診察申し込み・問診票）

ふりがな		性　別	男・女	年　令	才
氏　名		生年月日	（大・昭・平） 年　月　日		
住　所	〒　－		電話		
身　長	cm	体　重	kg	体　温	℃

● 具合の悪いのはどこですか？現在の症状はどのようですか？
　いつ頃からですか？（　　頃から）
　症状を具体的に書いてください　　（○で囲んでもよいです）
　かぜ、発熱、頭痛、のど痛い、せき、たん、
　息苦しい、胸痛、腹痛、吐き気、下痢、便秘
　腰痛、排尿痛、肩こり、
　検診で異常を指摘された

● 今までに大きな病気・ケガ・入院・手術はありますか？
　ない／病気　　／ケガ　　／入院　　／手術

●他の病院の診察を受けていますか？　いる・いない
　受けている場合はどんな病気ですか？
　喘息・肺気腫・糖尿病・高血圧・心臓病・じんま疹・その他（　　）

● 今までに薬を飲んで具合が悪くなったことがありますか？
　ない・眠くなった・気分が悪くなった・体がかゆくなった
　ブツブツができた・その他（　　）
　その薬の種類・名前をご存知ですか（　　）
● タバコを吸いますか？
　吸わない・吸う（　　才から、現在１日　　本ぐらい）
　以前に吸っていた（　　才から　　才まで、１日　　本ぐらい）
● お酒を飲みますか？
　飲まない・飲む
●（女性の方に）現在妊娠中ですか？　わからない　・　はい　・　いいえ
　現在授乳中ですか？　はい　・　いいえ
● 当院を何でお知りになりましたか？
　前を通って知っていた　知人　親類　広告　看板　電話帳　インターネット
　職場が近い　西本病院の時から通っていた　その他（　　）