

問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな			大・昭・平
氏名	男 女	生年月日	年 月 日 () 歳
ご住所	〒		
電話		携帯	

1. 今日はどうされましたか。

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 胃が痛い | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐・吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 寒気 | <input type="checkbox"/> 体重の減少 |
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 喘息(ぜいぜい) | <input type="checkbox"/> 体のむくみ | <input type="checkbox"/> 健康診断 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| <input type="checkbox"/> 体温 () °C | | | | |

2. いつ頃からですか。

頃～

3. この症状で検査や治療を受けたことがありますか。

はい いいえ

4. 1ヶ月以内に海外へ行かれたか。

はい いいえ

5. 今までにかかったことのある病気はありますか。

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> その他 () | |

6. 現在内服の薬(市販薬も含む)はありますか。

はい いいえ お薬手帳持参 ()

7. 薬や食べ物などへのアレルギーはありますか。

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 薬 () | <input type="checkbox"/> 食べ物 () | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> その他 () |

8. たばこについて

吸わない 吸う 1日平均 () 本

9. お酒について

飲まない 飲む 1日飲む量 () () 回/週

10. 女性の方のみ

- | | | | |
|---------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 月経 | <input type="checkbox"/> 順調 | <input type="checkbox"/> 不順 | <input type="checkbox"/> 閉経 |
| 妊娠中ですか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 可能性がある |
| 授乳中ですか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |

11. 何かご質問・ご相談等ありましたらお書きください。

()

ご記入ありがとうございました。

東村山ネフロクリニック