

# 問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな			大・昭・平・令
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"/> 本日の体温 ( ) °C |                                | <input type="checkbox"/> 平熱 ( ) °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