

問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号	()	携帯電話	()
身長(cm)		体重(kg)	(測定日: /)

■いつ頃から症状はありますか。

- 本日から ()週間前から
 昨日から ()ヵ月前から
 ()日前から 健康診断結果について

■身体症状を教えてください。(複数回答可)

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 熱 | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 胸痛 |
| <input type="checkbox"/> 胃が痛い | <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

■今までに、下記の病気にかかったことはありますか。

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

■今までに、入院をした病気やケガがありましたら記入してください。

[]

■現在、内服している薬がある場合はご記入ください。(お薬手帳をお持ちの方はお出しください。)

[]

■今までに、アレルギーを起こしたことはありますか。

- なし
 花粉症 テープ アルコール 食物() 動物()
 薬剤(薬剤名: 症状:)

■女性の方のみ：現在、妊娠または授乳中ですか？ (いいえ はい)

■アンケート：当院を知ったきっかけは何ですか。(複数回答可)

- ・インターネット検索： Yahoo検索 Google検索 bing検索 EPARK
 Yahooココ Googleマップ その他()
- ・インターネット広告： Yahoo広告 GoogleI広告
- ・上記以外： チラシ(自宅 会社) ビルの看板 ご紹介(様より)
 その他()

■検診検査結果の持参 無 有(過去1年以内・A4以内でコピーをし、ご提示下さい)

※お願い※ スムーズな診察のため、予約時間前にお越し頂き、健康保険証、問診票、検査結果を受付にご提示下さい。

ご記入ありがとうございます。

人生100年時代クリニック