

# 田中医院 問診票

日付： 月 日  
来院時刻： 時 予定

お名前	フリガナ	生年 月日	治正 昭和 平成 明大 昭平	年	月	日生	男・女
				満	( )	才	
ご住所	〒 区 町 丁目 番 号			電話番号			
	マンション・アパート名 ( )			( ) -			

紹介者、紹介病院・医院があればご記入ください  
(ご家族・お知り合いで当院を受診されている方)

① 今日はどうなさいましたか？ 当てはまる症状すべてに○をつけてください

かせ症状：熱 ( ) 度  せき  たん  鼻水  のど痛  頭痛  関節痛  吐き気  下痢  
 その他：血圧が高い  動悸  めまい  腹痛  浮腫(むくみ)  体がだるい  
 その他気になる症状： \_\_\_\_\_

② 症状はいつからありますか？ \_\_\_\_\_ 頃から

③ 特に診察内容にご要望はありますか？ \_\_\_\_\_ 診察・投薬・点滴・検査・健康診断

④ 今までに入院や手術の経験はありますか？ ーある・ない 病名： \_\_\_\_\_

⑤ 輸血されたことはありますか？ \_\_\_\_\_ ある・ない いつ頃： \_\_\_\_\_

⑥ 何か持病か、現在治療中の病気はありますか？ ーある・ない 病名： \_\_\_\_\_

⑦ 現在、服用している薬はありますか？ \_\_\_\_\_ ある・ない 薬剤名： \_\_\_\_\_

⑧ アレルギーはありますか？ \_\_\_\_\_ ある・ない 原因： \_\_\_\_\_

⑨ 妊娠している可能性はありますか？ \_\_\_\_\_ ある・ない 妊娠 月 授乳中である  
(生理が遅れている等)

⑩ ご自宅でペットを飼われていますか？ \_\_\_\_\_ はい・いいえ 種類： \_\_\_\_\_

⑪ あなたの血縁関係の方(死亡された方も含めて)に次のような病気の方はおられますか？

がん	はい・いいえ (続柄： )	脳卒中	はい・いいえ (続柄 )
結核	はい・いいえ (続柄： )	心筋梗塞	はい・いいえ (続柄 )
喘息	はい・いいえ (続柄： )	肝臓病	はい・いいえ (続柄 )
高血圧	はい・いいえ (続柄： )	神経症	はい・いいえ (続柄 )
糖尿病	はい・いいえ (続柄： )	その他	はい・いいえ (続柄 )

⑫ お仕事はどんな内容ですか？ 事務・営業・現場・自営 ( ) ・主婦・学生 \_\_\_\_\_ 年生

小・中・高・大

⑬ お酒は飲みますか？ はい・いいえ はいの方⇒ ほぼ毎日・週 ( ) 回 (種類： )

⑭ タバコは吸いますか？ はい・いいえ はいの方⇒ ほぼ毎日・1日 ( ) 本

⑮ 身長： \_\_\_\_\_ cm ・ 体重： \_\_\_\_\_ kg

\*ご記入ありがとうございました。  
\*当院では患者様の個人情報は医療の提供・医療保険事務に利用し、個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましては「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。