

診察申し込み書・問診票

記載日 年 月 日

ふりがな		性別	年齢	生年月日
氏名		男	歳	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
		女		
住所	〒	ご自宅の連絡先		
		携帯電話		

ご自宅以外で緊急時に御連絡のとれる方の連絡先があれば記載してください

お名前		続柄		連絡先	
-----	--	----	--	-----	--

以下問診となります。出来るだけ詳しく記載をお願い致します。

当院の診察は	初めて	久しぶり	年	頃受診した事がある
--------	-----	------	---	-----------

来院のきっかけは何ですか？	時期	年	月	日	時頃から
	症状	胸痛	胸がしめつけられる感じ	動悸	どきどきする
		息切れ	血圧が高い	脈がみだれる	下肢痛
		その他			
	健康診断で受診を勧められた	引越しのため通院先変更		病院の広告をみて	
かかりつけ医からの紹介	知人からの紹介		近所のため		

他の医療機関の診察を受けている方はご記入ください	医療機関名		病名及び症状
	住所		

以前かかった病気はありますか？	なし	なんの病気にいつ頃なりましたか？
-----------------	----	------------------

以前手術を受けたことがありますか？	なし	どんな手術をいつ頃受けましたか？
-------------------	----	------------------

以前に輸血をしたことがありますか？	なし	年 月 日頃
-------------------	----	--------

タバコは吸いますか？	一度もタバコを吸ったことはない	現在禁煙中(歳から)	禁煙中の方も以前の本数を記載下さい
		今もタバコを吸っている	本/日 年間

酒類を飲みますか？	頻度	1回に飲まれるお酒の種類と量	
	飲まない		くらい
	ほぼ毎日飲む	を	くらい
	週に2、3回		
	月に2、3回	を	くらい

義歯、補聴器を使用していますか？	なし	義歯使用中	補聴器使用中
------------------	----	-------	--------

ご職業	会社員	仕事をされている方のみお答えください	夜勤勤務などある方は出来るだけ詳しく記載して下さい
	自営業		
	無職	デスクワークや軽い荷物を扱うのみ	
	主婦		
	学生	重い荷物等を扱う	
	その他		

御家族についてお伺いします。(記載例:父が狭心症、母が糖尿病など)
特に直系家族で心疾患がある場合は必ず記入をお願いします。

御家族で病気にかかっている方(かかっていた)はいますか？	どなたが	何の病気
	どなたが	何の病気
病名の例	心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ 不整脈 ・ 大動脈瘤 ・ 心臓病 高血圧症 ・ 高脂血症(コレステロールが高い) ・ 糖尿病 ・ 高尿酸血症 リウマチ熱 ・ 関節リウマチ ・ 脳卒中 ・ 脳梗塞 ・ くも膜下出血 硬膜下血腫 ・ 気管支喘息 ・ 癌疾患	

家族構成について

一人暮らし	同居されている方に○をつけてください					
	夫	父	長男	次男	その他	
	妻	母	長女	次女		
	同居していないが連絡が取れる方に○をつけてください					
	父	兄	弟	長男	次男	その他
	母	姉	妹	長女	次女	

ご協力ありがとうございました

ID

氏名

1.他の病院・診療所からだされたお薬をお持ちの方は受付にお預け下さい。
薬を調べた後にお返しします。

2.薬局・薬店で購入して飲む市販の薬(よく使う薬)はありますか？

何の薬ですか？ ()

ない

お薬の名前 ()

3.今までに薬で副作用、アレルギーを経験したことがありますか？

お薬のお名前 ()

ない

どんな症状、アレルギー
でしたか？ ()

4.食物アレルギーはありますか？

原因食材 ()

ない

症状 ()

5.その他にアレルギー(花粉症や動物、金属、造影剤等)などがありますか？

原因 ()

ない

症状 ()

6.お薬手帳はお持ちでしょうか？

ある

ない 手帳を希望する(当院より薬が処方された際に発行いたします。)

手帳を希望しない

ご協力ありがとうございました。

	薬品名	用法	採用	成分	当院採用	薬効など
継続		T ×	有	同じ		
中止			無	類似		
継続		T ×	有	同じ		
中止			無	類似		
継続		T ×	有	同じ		
中止			無	類似		
継続		T ×	有	同じ		
中止			無	類似		