

問診票 氏名(フリガナ)：

住所：

電話番号：

本日は何で来院されましたか？(複数回答可・レ点でご回答ください。)

*まず太枠内にレ点をつけてから、矢印→の該当するものにレ点をつけてください。

<input type="checkbox"/> 有症状 ※印も記入を	→ <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部(心) <input type="checkbox"/> 胸部(呼吸) <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 痛み
	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 頭・神経 <input type="checkbox"/> 皮膚(発疹・アレルギー) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 検査希望	→ <input type="checkbox"/> 胃・大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 検診異常 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査
	<input type="checkbox"/> 呼吸器検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 転医希望	→ <input type="checkbox"/> 薬だけほしい <input type="checkbox"/> かかりつけ医を変えたい
<input type="checkbox"/> 健診・ドック	→ <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 高齢者健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> PSA
<input type="checkbox"/> 自費診療	→ <input type="checkbox"/> 栄養検査・指導 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> プラセンタ <input type="checkbox"/> ニンニク注射 <input type="checkbox"/> 白玉注射
<input type="checkbox"/> その他	→ 何：

※有症状の方は下記枠内をお答えください。

<input type="checkbox"/> 風邪	→ <input type="checkbox"/> 37.5°C以上の発熱 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻詰り <input type="checkbox"/> 後鼻漏 <input type="checkbox"/> 咽頭痛
	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 全身痛・倦怠感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 腹部	→ <input type="checkbox"/> 腹部痛 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下血・血便 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢
<input type="checkbox"/> 胸部(呼吸)	→ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難・息切れ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 血痰
<input type="checkbox"/> 心臓(心臓)	→ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 失神
<input type="checkbox"/> 痛み・しびれ	→ <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> ひざ痛 <input type="checkbox"/> 肩痛 <input type="checkbox"/> 頸部痛 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ
<input type="checkbox"/> 貧血	→ <input type="checkbox"/> 爪異常 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 眼瞼結膜蒼白 <input type="checkbox"/> 立ち眩み <input type="checkbox"/> 妊娠時貧血 <input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> 頭・神経	→ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 麻痺
<input type="checkbox"/> 皮膚(発疹)	→ <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 切創 <input type="checkbox"/> 犬・猫咬創 <input type="checkbox"/> 発疹・かゆみ <input type="checkbox"/> 陥入爪
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸	→ <input type="checkbox"/> 無呼吸 <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 熟睡感がない <input type="checkbox"/> 昼間の眠気 <input type="checkbox"/> 夜間頻尿
<input type="checkbox"/> その他	何：
それはいつから？	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 2~5日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> 1か月前 <input type="checkbox"/> 2~4か月前 <input type="checkbox"/> それ以上前

既往 → 高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 不整脈・心臓 肺炎
腎臓病 肝臓病 脳卒中 COPD 喘息 がん
泌尿器 眼科 皮膚科 婦人科 手術歴あり その他

飲んでいる薬 → なし あり → 何：
*お薬手帳で代用可

治療中 → いいえ はい 何：

アレルギー → なし あり → 何：

妊娠 → なし あり 授乳中

希望剤型 → 粉末 シロップ 錠剤 座薬 注射 点滴

小児：年齢 → 1才 1~3才 4~6才 小学校低学年 高学年 中学生
: 体重 → 10kg 15kg 20kg 25kg 30kg以上