

問 診 表

記入日 2025 年 月 日

ふりがな		男 女	住所	〒 _____	
氏名					
生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)					
身長	_____ cm	体重	_____ kg	電話番号	携帯 _____ 自宅 _____

熱 (_____ 度)

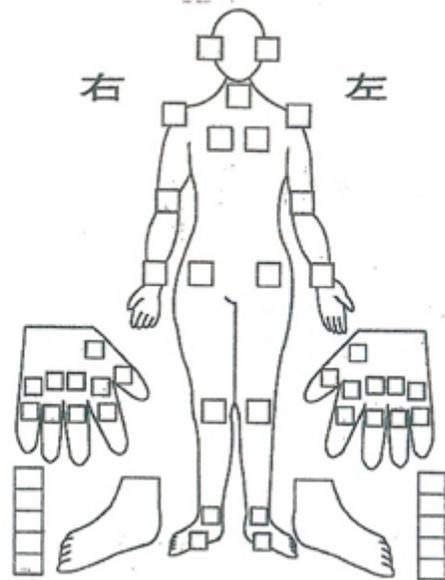
1. 今日はどんな症状で受診されましたか？その症状はいつからですか？下の()内に記入をお願いします。

ご自身の症状に当てはまるものがあれば○をつけてください。

2週間以上続く発熱 ・ 関節痛 ・ 手のこわばり ・ 筋肉痛 ・ 口内炎
原因不明の発疹 ・ 手足のむくみ ・ 手足のしびれ ・ 手指の変色
目の渇き ・ 口の渇き ・ 脱毛 ・ 胸やけ ・ 便秘 ・ 頭痛
陰部潰瘍 ・ 息切れ

上記○をつけた症状の経緯・状況

(いつからか、どのような症状か) をより具体的にお書きください



※痛いところをチェックしてください。

3. 現在、通院中のご病気はありますか？

①はい (病名： _____)

②いいえ

4. 現在、内服している薬はありますか？

①はい (薬剤名： _____)

②いいえ

→裏へつづく

5. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか？

- ①はい（病名： _____)
②いいえ

6. 血縁関係のある方で、リウマチ・膠原病の方はいますか？

- ①はい（病名： _____)
②いいえ

7. 食べ物や薬剤のアレルギーはありますか？

- ①はい（食物名／薬剤名： _____)
②いいえ

8. 女性の方へ

現在妊娠していますか？ ①はい（週数： _____)

②いいえ

授乳中ですか？ ①はい

②いいえ

更年期でお悩みですか？ ①はい

②いいえ

閉経されていますか？ ①はい 歳から

②いいえ

9. 今まで喫煙したことはありますか？

①はい（現在喫煙中 _____ 本／日）（喫煙していた _____ 本／日 _____ 年間）

②いいえ

10. 飲酒はされますか？

①はい（毎日・時々・付き合い程度）

②いいえ

11. ご希望の検査など、ご要望があれば教えてください。

(_____)

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

当院を知ったきっかけは何ですか？

- 通りすがり 公式ホームページ Youtube 等動画サイト Google 等の検索サイト
EPARK その他の病院検索サイト 家族や知人の紹介 他医療機関の紹介
先生に元々診てもらっていた 駅看板 その他 (_____)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力お願い致します。