問診票

円滑な診療を進めるために必要な情報ですので、記入にご協力ください。

令和　　年　　月　　日

フリガナ

氏名：　　男性・女性　年齢：

生年月日：　　携帯番号

住所：　　電話番号

① 本日の受診契機となった症状などを困っている順に記載下さい。

② それはいつ頃からですか？　初めての症状ですか？

③ 症状を自覚するタイミング（安静時、労作時、就寝時、吸気時など）に特徴がありますか？

④ 頻度（一日何回、毎日、週何回など）と持続時間（数分、数十分、数時間など）はどれくらいですか？

⑤ 血縁者に心臓病（狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈など）の方がいらっしゃいますか？

□いる（続柄：　　病名：　　）　□いない

⑥ 喫煙習慣についての質問です。該当項目をチェック・記載して下さい。

□現在喫煙中（　　本/日、　　歳から）、□過去喫煙（　　本/日　　歳まで）　□喫煙歴なし

⑦ 飲酒習慣はありますか？　ある場合は酒種別・量を記載下さい。

□あり（酒種：　　量：　　）　□なし

⑧ 今までに入院歴がありますか？　ある場合は病名、医療機関名を記載ください。

□あり（病名：　　医療機関名：　　）　□なし

病名：　　医療機関名：

病名：　　医療機関名：

⑨ 今までに手術歴がありますか？　ある場合は病名（手術名）、医療機関名を記載ください。

□あり（病名：　　医療機関名：　　）　□なし

病名：　　医療機関名：

病名：　　医療機関名：

⑩ 現在内服している薬がありますか？　ある場合は薬剤名、医療機関名を記載ください（お薬手帳可）。

□あり（薬剤名：　　医療機関名：　　）　□なし

薬剤名：　　医療機関名：

⑪ 薬剤でじんま疹などアレルギー症状がでたことありますか？　ある場合は薬剤名、症状をご記載ください。

□あり（薬剤名：　　症状：　　）　□なし

⑫ 女性の方のみへ質問です。現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか？　□あり・□なし

⑬ 女性の方のみへ質問です。閉経していますか？　□はい（　　歳）・□いいえ

⑭ 当院の事をどこでお知りになられましたか？

知人や家族の紹介・ホームページを見て・看板を見て・口コミ・その他（　　）

ご協力有難うございました。　　*ベテスダ・クリニック*