

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はありますか？ 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

ご協力有難うございました。

ベテスダ・クリニック