

診療申込書・問診票

西暦 年 月 日

ふりがな		性別		大・昭・平・令
お名前		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
電話番号	(自宅)	(携帯)		

1. どうなさいましたか？
 次のような症状がある。
 発熱 咳 痰 鼻水 のどの痛み 体のだるさ ふらつき・めまい 頭痛
 腹痛 胃痛 胸焼け 吐き気、胃もたれ 嘔吐 便秘 下痢 血便
 食欲不振 体重減少 胸痛 動悸 息苦しさ むくみ 不眠 腰痛 頻尿
 その他

これまで受けてきた治療の継続を希望する。
病名：

健康診断などで精密検査をうけるように言われた。
具体的に：

検査希望：検査名：

2. その症状はいつからですか？
 本日 昨日 数日前 約1週間前 約1ヶ月前 それより前 ()

3. これまでにかかった病気・手術、または現在治療中の病気はありますか？
 いいえ 脳梗塞 糖尿病 高血圧 腎臓病 肺炎 喘息 心臓病 狭心症 緑内障
 前立腺肥大 肝臓病 がん () その他 ()
手術歴 ()

4. 現在飲まれているお薬はありますか？
 はい 具体的に：
 いいえ

5. お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
 はい 具体的に：
 いいえ

6. 嗜好品について教えてください。
たばこ : 吸わない 吸う→ (1日 本、約 年間) 過去に吸っていた
アルコール : 飲まない 飲む→ (1日 本・合、種類：ビール、焼酎、日本酒) 時々 毎日

6. (女性の方のみ) 現在授乳中、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？
 はい
 いいえ

ご記入ありがとうございました。

西田内科クリニック

身長 cm、体重 kg、体温 °C、血圧 / mmHg