

診療申込書（大人）

フリガナ ご氏名 (男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)
〒 ご住所	電話番号：必ず繋がる番号をお書きください。 1) 自宅 2) 携帯 (続柄： )	
ご職業	身長	cm

1. 今までに診察を受けたり、現在治療中の病気はありますか。 ( いいえ ・ はい )

「はい」の方は、ご自分があてはまる病気名に○印をつけ、年齢をご記入ください。

- ・生活習慣病 (①高血圧: 歳 ②脂質異常症: 歳 ③糖尿病: 歳)
- ・脳の病気 (④片頭痛: 歳 ⑤脳梗塞: 歳 ⑥脳出血: 歳 ⑦認知症: 歳)
- ・心臓の病気 (⑧狭心症: 歳 ⑨心筋梗塞: 歳 ⑩不整脈: 歳 ⑪その他: )
- ・腎、泌尿器の病気 (⑫腎臓病: 歳 ⑬前立腺肥大: 歳 ⑭膀胱炎: 歳 ⑮結石: 歳)
- ・アレルギー (⑯喘息: 歳 ⑰花粉症: 歳 ⑱アトピー性皮膚炎: 歳)
- ・精神疾患 (⑲ 歳)

入院治療を受けた病気(

血縁者で上記の病気の方がいらっしゃれば、番号とご関係をご記入ください。

( )

2. 食事・薬・注射で副作用やアレルギー症状がありましたか。

- なし ・ あり →薬:( )  
 食べ物:(牛乳・卵・他: )  
 注射( )  
 その他:( )

今まで注射や薬で副作用(ショック、発疹、気分不快)がありましたか。

いいえ ・ はい→(薬品名: 不明 )

3. たばこは吸いますか。 吸わない 吸う [ 本/日 ] 以前は吸っていた( 歳まで)

4. 飲酒に関して教えてください。 飲まない 飲む(種類: 1回の量: 回/週)

5. 普段のお食事は、どなたが調理されていますか。( )

6. 独居・同居に関して教えてください。「同居」の方は、どなたとお住まいですか。

独居 同居( 人 (関係 ) )

7. 当クリニックに受診されたきっかけをお聞かせ下さい。(初診の契機)

- ①近所・通りがかり ②看板 ③紹介( ) ④ホームページ
- ⑤当院関係者( )の知り合い ⑥院長・副院長の外来に通院していた
- ⑦その他( )

8. 内服で苦手な薬はありますか。 ない ・ ある→(錠剤 カプセル 粉 )

漢方薬内服可能か ( はい ・ いいえ )

お手数ですが、2枚目の記入もお願いします。

いそぎファミリークリニック

# 問診票（大人）

TEL:	メーカー:	車種:	色:	No:	
★ひらがなで記入して下さい。		生年月日	明・大・昭・平		
なまえ			年	月	日生（満 歳）
体温	℃	待合自動血圧測定	/	脈拍:	体重 kg

1. 本日はどうされましたか

初診    予約再診    転医（病院名: \_\_\_\_\_）栄養指導希望    薬切れ

【自覚症状】

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 発疹・かゆみ	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> ケガ
<input type="checkbox"/> 意識状態が悪い							
<input type="checkbox"/> 息切れ	喘鳴（ゼーゼー） ・ 息苦しい（呼吸困難）						
<input type="checkbox"/> 痛みの場所	（ 頭 ・ 胸 ・ お腹 ・ 関節 ・ その他: _____ ）						
<input type="checkbox"/> 腹部症状	吐き気    嘔吐    胃もたれ    便秘    下痢    その他（ _____ ）						
<input type="checkbox"/> 尿の異常	出が悪い    頻尿    排尿時痛    その他（ _____ ）						
<input type="checkbox"/> 健診で異常指摘	（ _____ ）						
<input type="checkbox"/> その他	（ _____ ）						

●いつからですか

●1で答えた内容について詳しく教えてください

●思い当たる原因はありますか

●周囲で体調を崩している方はいらっしゃいますか

なし ・ あり

（誰が: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_）

2. 1か月以内に入院治療を受けたことがありますか

いいえ ・ はい

（病名: \_\_\_\_\_）

3. 内服中の薬はありますか

いいえ ・ はい （薬名: \_\_\_\_\_）

（病院名: \_\_\_\_\_）

4. お薬手帳    ある ・ なし

お薬手帳がある方は受付へお出してください

5. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか    （ いいえ ・ はい    [ \_\_\_\_\_ ヶ月]）

授乳中ですか    （ いいえ ・ はい    ）

6. ご質問やご不明な点などがありましたらお書きください

**【新型コロナウイルス関連問診】**

① 1ヶ月以内の旅行    ある    なし  
（どこに: \_\_\_\_\_）

② 家族や周囲の発熱    ある    なし  
（誰: \_\_\_\_\_）

③ 家族や周囲のコロナ陽性者  
ある    なし    （誰: \_\_\_\_\_）

④ 他県への出張    ある    なし  
（どこに: \_\_\_\_\_ 誰: \_\_\_\_\_）

⑤ 仕事で他県の方と会うか    ある    なし  
（県: \_\_\_\_\_）

⑥ 味覚・嗅覚に異常?    ある    なし

⑦ 強いだるさ（倦怠感）ある    なし