

ひらのクリニック問診票 【初診用】

年 月 日		身長 cm		体重 kg	
フリガナ		男 女	生年 月 日	昭和・平成・令和・西暦	
氏名				年 月 日 才	
住所	〒	電話番号			
		携帯			
<p>1) どのような症状がありますか？</p> <p>・いつ頃からですか (年 月 日) ・どのような症状ですか 発熱・頭痛・関節痛・咳・鼻汁・たん・のどの痛み・息苦しさ・胸痛 胸部圧迫感・動悸・不整脈・めまい・体重減少・食欲不振・吐き気・嘔吐 みぞおちの痛み・下腹部痛・下痢・黒色便・下血・口渴・全身倦怠感・不眠 その他()</p>					
<p>2) 現在飲んでいる薬はありますか？</p> <p>ない・ある ある方は、お薬手帳を、ご用意ください。 お薬手帳がなければ、お薬の名前()</p>					
<p>3) 今現在、何らかのご病気で病院におかかりですか？ はい・いいえ 高血圧・糖尿病・喘息・不整脈・心臓・脳・神経・肝臓・腎臓・肺 胃腸・泌尿器・その他()</p>					
<p>4) 今までに何らかのご病気で入院や手術をされたことはありますか？ はい・いいえ ()</p>					
<p>また、ご両親やご兄弟に高血圧・糖尿病・がんの方はいらっしゃいますか？ はい・いいえ * 簡単で結構です。後で看護師が伺います。</p>					
<p>5) お薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか？</p> <p>ない・ある 食品・薬剤名()</p>					
<p>6) 飲酒しますか？</p> <p>しない・する ビール 本/日 日本酒・焼酎 合/日 ワイン 杯/日</p>					
<p>7) 喫煙されますか？</p> <p>しない・する・禁煙 (いつから 本/日)</p>					
<p>8) 女性にお聞きします。授乳中または妊娠中、妊娠の疑いがありますか？</p> <p>ない・授乳中・妊娠中()週</p>					
<p>9)マイナ保険証を利用する際に、診療情報取得に同意しますか？ 同意する 同意しない</p>					
<p>10) どうやって当院をお知りになりましたか？(2つ以上回答可)</p> <p>1. ホームページ 2. 看板 3. 知り合いのご紹介 4. その他()</p>					