問診票　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご記入日　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (フリガナ) | 性別 | 生年月日 |
| お名前　 | 男・女 | 　　　　　年　　　月　　　日生　　　　　歳 |
| ご住所〒　　　－ | お電話番号 |
|  |

**１．本日はどうされましたか？**

熱がある 　頭が痛い 　喉が痛い　鼻水がでる　痰がでる　咳がでる 息が苦しい 　胸が痛い

胸が重苦しい 　動悸がする　 むくみがある 　いびきがある　日中の眠気　頻尿　お腹が痛い

便秘 　下痢 　吐き気　 ほてる　イライラする　発汗がある　手足が冷える

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２．症状はいつごろからですか？**

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　頃から)

**３．現在治療中の病気、または、過去に治療(手術を含む)を受けた大きな病気はございますか？**

ある 糖尿病　高血圧　前立腺肥大症　緑内障　心臓疾患　喘息

その他 (　　　　　　　　　　　　　 )

ない

**４．現在、かかっている医療機関はございますか？**

ある　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　）　　ない

**５．現在飲んでいるお薬はございますか？**

ある (薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )　　 ない

※お薬手帳をお持ちの場合はご提示をお願い致します。

**6．今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがございますか？**

ある (具体的に： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )　　ない

**7．女性の方へ**

現在、妊娠していますか？ 　 はい (　　 ヶ月)　　可能性がある　　いいえ

現在、授乳していますか？ はい　　 いいえ

**8．当クリニックを知ったきっかけを教えてください。**

インターネット　　看板 　知人の紹介　 他院の紹介

　　おみがわ内科循環器クリニック