**名前　 　　　　　　　　　( 男 ・ 女 )　　本日の体温　　　　℃**

保険証　受取□　確認□　返却□

確認者　　　　　　　 　　.

ふりがな

**生年月日(　大正・昭和・平成・西暦　) 年　　月　　日**

**住所　 〒　　-**

**電話番号 　　(　　　)　　　 　　　(　　　)**

**当院では診療を円滑に進めるため、また一人一人の患者さんに**

**より適切な診断・治療を行うため、**

**診察前に問診票の記入をお願いしております。**

**下記の質問に関し、当てはまる症状にレ点を付けて下さい。**

**本日受診のきっかけに関して教えて下さい。　　□　紹介状あり**

**□　　　　日前より下記の症状がある。**

**□発熱　□咳　□呼吸困難　□喘鳴(ゼイゼイ)　 □痰　□血痰**

**□いびき　□喉が痛い　□胸が痛い　□お腹が痛い　□　　　が痛い**

**□吐き気　□胸焼け　□下痢　□便秘　□食欲がない　□体がだるい**

**□血圧が高い　□血糖が高い　□その他**

**□　検診で異常を指摘された**

**(レントゲン・CT・採血・尿検査・心電図・その他 　)**

**上記の他に何かお困りの症状はありますか？**

**かかったことがある、または今治療中である病気はありますか？**

**□高血圧　□　糖尿病　□　高脂血症　□　高尿酸血症 (痛風)**

**□気管支喘息　□　肺結核　□　慢性副鼻腔炎(蓄膿)**

**□脳梗塞　□　脳出血　□　狭心症　□　心筋梗塞　□　不整脈**

**□ がん 　　　　　　　　　□　その他**

**たばこは吸われますか？**

**□　いいえ　　□　はい　　　歳〜　　歳まで、１日　　　本**

**飲酒されますか？**

**□　いいえ　　□　機会があれば、たまに**

**□　毎日　ビール・日本酒・焼酎・その他を１日　　( ml・合)**

**-裏面に続きます-**

**仕事その他で埃っぽいところで作業されたり、粉じんを吸入されたことはありますか？**

**□　いいえ　　□　はい　（アスベスト・珪酸・その他　　　　　　 ）**

**差し支えなければ職業を教えてください。**

**ペットは飼っていますか？**

**□　いいえ　　□　はい　（イヌ・ネコ・その他 　 　　　　　 ）**

**家族の方に関して、何か病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？**

**当てはまるものにレ印を付けて下さい。**

**□ 高血圧　□　糖尿病　□　高脂血症　□　高尿酸血症 (痛風)**

**□ 気管支喘息　□　肺結核　□　慢性副鼻腔炎(蓄膿)**

**□ 脳梗塞　□　脳出血　□　狭心症　□　心筋梗塞　□　不整脈**

**□ がん 　　　　　　　　　□　その他**

**薬や食物に対するアレルギーはありますか？あれば具体的におしえてください。**

**薬 □　いいえ　□　はい (　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**

**食物 □　いいえ　□　はい (　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**

**現在内服中の薬などありますか？**

**□　はい　　　　　　　　　　　 (お薬手帳 あり・なし )**

**□　いいえ**

**(女性の方で)現在妊娠している可能性はありますか？**

**□ はい □　いいえ □　わからない**

**(女性の方で)現在授乳中ですか？**

**□　はい □　いいえ**

**御協力ありがとうございます。**

**ver.2.3**