**問診票**

１．お名前　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．今日はどうされましたか？

　◎症状があるので診てほしい。

|  |  |
| --- | --- |
| 当てはまる症状に◯をつけてください | その症状はいつごろからですか？ |
| 発熱　 |  |
| 頭が痛い |  |
| めまい |  |
| せき |  |
| たん |  |
| のどが痛い |  |
| 鼻水、鼻づまり |  |
| 息が苦しい |  |
| 胸が痛い |  |
| どうき |  |
| 腹が痛い |  |
| げり |  |
| はきけ、おうと |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　） |  |

　◎現在症状はないが、相談したいことがある。

　　・血圧や、健診結果などの相談がしたい。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・心臓のことで相談したい。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・禁煙外来について相談したい。

　　・睡眠時無呼吸症候群について相談したい。

　　・健診、予防接種を受けたい。

３．女性の方のみ。　現在妊娠している可能性はありますか？　はい／いいえ

４．今までにかかった病気はありますか？　なし／あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

５．現在飲んでいる薬はありますか？　　 なし／あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　）

６．薬などのアレルギーはありますか？ 　 なし／あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　）

７．当院初診の方のみ。　当院をどのようにして知りましたか？

　　家族、知人の紹介／当院の建物を見て／駅、道路の看板を見て／当院のホームページを見て

病院紹介サイトなどのネット情報を見て／その他