

受付票

カルテ No

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日		
氏名			大・昭・平・令	年	月
住所	〒 ー				
電話番号		身長	cm	体重	kg

問診票 体温 °C 身長 cm 体重 kg

<p>本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>痛い（<input type="checkbox"/>頭 <input type="checkbox"/>のど <input type="checkbox"/>胸 <input type="checkbox"/>おなか <input type="checkbox"/>背中 <input type="checkbox"/>その他（ ））</p> <p><input type="checkbox"/>熱 <input type="checkbox"/>鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/>咳・たん <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>胸やけ <input type="checkbox"/>動悸・息切れ</p> <p><input type="checkbox"/>胃が痛い・もたれる <input type="checkbox"/>便に血が混じる <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>食欲低下</p> <p><input type="checkbox"/>尿に血が混じる <input type="checkbox"/>尿が近い <input type="checkbox"/>排尿時に痛みがある <input type="checkbox"/>むくみ <input type="checkbox"/>めまい・ふらつき</p> <p><input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/>血圧が高い <input type="checkbox"/>健診でひっかかった <input type="checkbox"/>紹介状持参</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日前・週間前・ヶ月前・年前から</p>
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</p>
<p>現在、治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</p>
<p>現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</p>
<p>喫煙、飲酒について教えてください</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う（ 本/日 × 年間）</p> <p><input type="checkbox"/>禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む（週 日） 種類・量（ ）、何歳から（ 歳）</p> <p><input type="checkbox"/>禁酒した（ 年前から。それまで種類・量（ ）、（ 年間）</p>
<p>食べ物やお薬・注射のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（具体的に： ）</p>
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中）</p>
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>インターネット（<input type="checkbox"/>HP <input type="checkbox"/>SNS <input type="checkbox"/>検索サイト） <input type="checkbox"/>広告・看板 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>通りがかり</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>