

初 診 問 診 票 (成人用)

フリガナ				生年月日	T・S・H・R	年	月	日
お氏名				年齢・性別	歳	男・女		
ご住所	〒			携帯番号	()			
				電話番号	()			
				ご家族電話番号	()			
勤務先・学校		職業		勤務先電話番号	()			
身長		cm	体重		Kg	本日の体温		°C

本日はどうされましたか？(該当する項目に□チェックをつけてください)

かぜ・のど症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 間接痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 声がかれる <input type="checkbox"/> 食べ物がむせる <input type="checkbox"/> 呑み込めない
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 咳(軽度・激しい咳・乾性咳・湿性咳) <input type="checkbox"/> たん(透明・白色・膿性) <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 胸痛
鼻症状	<input type="checkbox"/> 鼻水(透明・白色・膿性) <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 臭いがしない <input type="checkbox"/> 鼻が痛い <input type="checkbox"/> 鼻が腫れた
眼に症状	<input type="checkbox"/> 目ヤニが出る <input type="checkbox"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> 目が閉じない <input type="checkbox"/> 目が開かない <input type="checkbox"/> 目が見えない <input type="checkbox"/> 周りが見えない
耳症状	<input type="checkbox"/> 耳が痛い <input type="checkbox"/> 耳から膿が出る <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない
頭部・精神症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭の毛が抜ける <input type="checkbox"/> 物忘れがひどい <input type="checkbox"/> 意識がなくなる <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 朝起きれない <input type="checkbox"/> やる気がない <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻臭
顔面症状	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 食べ物がこぼれる <input type="checkbox"/> 顔面の左右差 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 頬が痛い
くび・肩症状	<input type="checkbox"/> くびが痛い <input type="checkbox"/> くびがしびれる <input type="checkbox"/> くびが回らない <input type="checkbox"/> くびにしこりがある <input type="checkbox"/> くびが締め付けられる <input type="checkbox"/> のどに違和感がある <input type="checkbox"/> 肩がしびれる <input type="checkbox"/> 肩が痛い <input type="checkbox"/> 腕が上がらない
心臓症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸背部痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 動悸
乳房症状	<input type="checkbox"/> 乳房のしこり <input type="checkbox"/> 乳房の発赤・痛み <input type="checkbox"/> 乳房のへこみ <input type="checkbox"/> 出血・膿性の乳汁 <input type="checkbox"/> わきの下のしこり
腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 胃が重い <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 腹部の腫れ <input type="checkbox"/> お腹が張る <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 鼠径部にしこりがある <input type="checkbox"/> 鼠径部が腫れる
泌尿器症状	<input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 尿が出にくい <input type="checkbox"/> 尿が出ない <input type="checkbox"/> 血尿が出る <input type="checkbox"/> 尿道から膿が出る <input type="checkbox"/> 陰嚢が腫れる <input type="checkbox"/> 陰嚢が痛い <input type="checkbox"/> 陰部の湿疹 <input type="checkbox"/> 陰部の痛み
肛門症状	<input type="checkbox"/> 肛門が痛い <input type="checkbox"/> 肛門から出血する <input type="checkbox"/> 肛門にイボがある <input type="checkbox"/> 膿が出る <input type="checkbox"/> かゆい
手足の症状	<input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 動かしにくい <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> 物が持てない <input type="checkbox"/> 歩行できない <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 冷え
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 水泡 <input type="checkbox"/> 皮膚が黄色い
その他	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 背中が痛い <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 体がほてる <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 喉が渇く <input type="checkbox"/> 多飲 <input type="checkbox"/> 汗をかく <input type="checkbox"/> 汗が出ない <input type="checkbox"/> ひい汗 <input type="checkbox"/> 冷感
外傷	<input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 擦り傷 部位()
検診精査指示	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 肝臓がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肝障害
他覚症状	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 弁膜症

※上記以外の症状がありましたら、こちらへご記入ください。

症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () 週前から <input type="checkbox"/> () 年前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと
現在治療中の病気や 過去に治療した病気は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他()
手術をされたことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃(年 月) 病名()
内服中のお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。手帳がない場合は、 わかる範囲でご記入ください。 薬剤名()
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠中()ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊活中
お薬や食事でアレルギー反応が出たことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬剤名() 食品名()