

問診票



袖ヶ浦メディカルクリニック

Sodegaura Medical Clinic

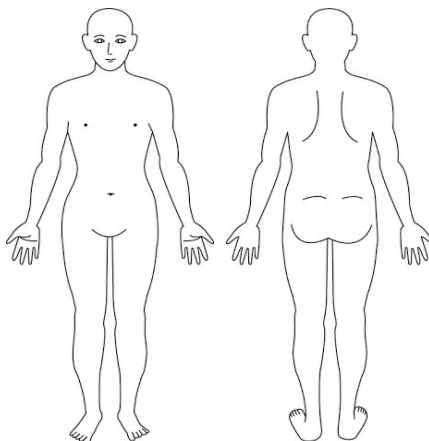
記入日： 年 月 日

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

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。

- 痛み・違和感 (頭 のど 胸 おなか 背中 その他 ())
- 熱 鼻水・鼻づまり 咳・たん 花粉症 のどが渇く 疲れやすい 体重の変化
- めまい・ふらつき 手足に力が入らない 手足のふるえ・しびれ 歩きにくい 口がもつれる
- 飲み込みにくい 物忘れ 息苦しい・息切れ 動悸・脈が気になる 高血圧 むくみ
- 吐き気 胸やけ 腹痛・胃がもたれ 血便 便秘 下痢 食欲低下 尿に関する症状
- 不眠 健診結果の相談 けがをした その他 ()

症状・けがのある部位に○をつけて下さい。



症状はいつ頃からありますか？ ()

思い当たる原因や特に調べてほしいこと、検査、治療なことがありましたらご記入ください。

検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

- なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息
- 脳卒中 癌 (部位) その他 ()

