

おきつ医院		問診票		記入日 年 月 日		☐ 初めて		☐ 以前に来たことがある	
フリガナ 氏 名 生年月日 ご連絡先 ご住所									
								☐ 男性	☐ 女性
	大・昭・平・令 年 月 日生（満 歳）								
	日中連絡先：（ ）－（ ）－（ ） 緊急連絡先：（ ）－（ ）－（ ）								
〒									
受診目的		☐ 診察・相談 ☐ 健康診断 ☐ 予防接種・抗体検査 ☐ 胃カメラ（初回 / 経験あり） ☐ その他							
本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？ 複数ある場合もすべてご記入ください									
（例：3日前から右の脇腹がズキズキ痛む。食欲がない。熱はない。） いつ頃から： 年 月 日 頃									
症状チェック あてはまるものすべてに チェックしてください									
呼吸器 ☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ のどの痛み ☐ 鼻水・鼻づまり ☐ 息苦しい					消化器 ☐ 腹痛 ☐ 胃もたれ ☐ 胸や ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 血便 ☐ 食欲低下				
神 経 ☐ 頭痛 ☐ めまい ☐ 手足のしびれ ☐ 物忘れ ☐ 歩行が不安定 ☐ 言葉が出にくい					循環器 ☐ 胸痛・胸の圧迫感 ☐ 動悸 ☐ むくみ ☐ 血圧が気になる				
発熱外来関連		☐ 37.5℃以上の発熱 ☐ 新型コロナ陽性者との接触 ☐ インフルエンザ陽性者との接触 ☐ 味覚・嗅覚の異常							
既往歴・現在の治療・お薬・生活習慣									
既往歴・手術歴 ☐ なし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 高尿酸血症・痛風 ☐ 心臓病 ☐ 脳卒中・脳梗塞 ☐ 腎臓病 ☐ 喘息・COPD ☐ がん（ ） ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ 手術歴（ ）					現在、治療中の病気 ☐ なし ☐ あり → 病名：通院先： 現在飲んでいるお薬 ☐ なし ☐ あり → お薬手帳： ☐ 持参 ☐ なし 薬剤名（手帳のない方）： アレルギー ☐ なし ☐ 薬（薬剤名： ） ☐ 食物（ ） ☐ 消毒用アルコール ☐ その他（ ） 喫煙 ☐ 吸わない ☐ 以前吸っていた ☐ 現在吸う（1日 本 × 年） 飲酒 ☐ 飲まない ☐ 時々 ☐ ほぼ毎日（種類：1日 合程度） 女性の方へ ☐ 妊娠中（ カ月） ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中 ☐ 該当なし 特に調べてほしいこと・ご希望				
当院をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）									
☐ インターネット検索 ☐ SNS・口コミサイト ☐ 看板・広告 ☐ チラシ ☐ 知り合いから（ ） ☐ 家族から ☐ 自宅・職場が近い ☐ 他院からの紹介（紹介元： ） ☐ その他（ ）									
ご記入ありがとうございました。記入が終わられましたら受付までお声ください。									
お持ちの方はご提出ください： ☐ 保険証 ☐ マイナ保険証 ☐ お薬手帳 ☐ 紹介状 ☐ 健診結果 温 _____℃									