

問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ

名前：() (年 月 日生、 歳)

住所：(〒 -)

電話番号：(- -)

本日の体温：(°C)

1. 本日は、どうされましたか？ また、どのような症状ですか？
2. いつ頃からですか？
3. この症状で、治療を受けていますか？
いいえ
はい どこで：
いつ頃：
治療内容：
処方された薬：
4. 今までに、下記の病気にかかったことはありますか？あるものに○印をつけて下さい。
喘息 高血圧 糖尿病 高脂血症 肝臓疾患 腎臓疾患 心臓病 脳卒中
膠原病 前立腺肥大 緑内障 精神病 アトピー性皮膚炎
その他 ()
5. 今までに手術・入院等の経験はありますか (はい ・ いいえ)
※はいと回答された方は詳細をご記入下さい
6. 現在、飲んでいる薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は、医師にお見せ下さい。
いいえ
はい (薬名：)
7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？
なし
あり (内容：)
8. 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。
たばこ： 吸わない ・ 吸う (1日に 本、約 年間) ・ やめた (歳から)
アルコール： 飲まない ・ 飲む (種類： 、量：)
9. 女性の方のみお答え下さい。
現在、妊娠中ですか？
いいえ はい (か月) 可能性あり
現在、授乳中ですか？
いいえ はい