

No :

ID :

問診票

〒 : _____ 電話番号 _____

住所 : _____
ふりがな _____

氏名 : _____ (男 ・ 女)

生年月日 :

M	T								
S	H	年	月	日	年齢	:	_____	歳	

(小児のみ 体重 : _____ kg)

◇ 本日はどのような症状でお困りですか

【 いつから 】

[] 日前 [] 週間前 [] ヶ月前 [] 年前

【 どんな 】

発熱 血圧が高い 頭痛 動悸 めまい 嘔吐・吐き気 食欲不振

【 その他の症状 】

[_____]

* 以前にも同じような症状でお困りになってことがありますか (ある ・ ない)

『 ある 』と答えた方… わかれば診断名・治療内容 (_____)

◇ 本日熱はありますか (はい _____ 度 ・ いいえ)

◇ 下記の病気にかかったことはありますか

糖尿病 喘息 高血圧 脳梗塞 胃潰瘍 アトピー性皮膚炎
 緑内障 肝炎 不整脈 熱性けいれん 前立腺肥大

* その他に大きな病気・手術の経験はありますか (はい ・ いいえ)

『 ある 』と答えた方… わかれば病名・治療内容 (_____)

◇ 今現在、使用(服用)しているお薬はありますか (わかれば薬品名をお書きください)

[_____]

◇ タバコは吸いますか

◇ お酒は飲みますか

吸わない 吸う (一日 本ほど) 飲まない 飲む (一日 mlほど)

◆ 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか (はい ・ いいえ)

『 はい 』と答えた方… わかれば薬剤名・食べ物の名前 (_____)

◇ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか (はい ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

ご記入が済みましたら、受付にお出ください。ご協力ありがとうございました。