

問診票

ふりがな		男	生年月日	M T S H	年	月	日(才)
氏名	様	女	身長	cm	体重		kg
住所	〒 -						
電話	() -	携帯	() -				

①本日受診された理由は？ 現在の体温： °C

☆ 症状の当てはまるものがあれば○で囲んでください(当てはまるものがなければ記入してください)

発熱 せき たん のどの痛み 鼻水 鼻づまり 頭痛 めまい 動悸 高血圧 不整脈
吐き気 嘔吐 下痢 腹痛 食欲なし 湿疹 その他()

☆ 症状はいつ頃からですか？()

②アレルギーはありますか？ はい・いいえ

・薬(薬品名:) その時の症状:)
・食べ物()
・その他()

③現在、治療している病気はありますか？ はい・いいえ

病名()・医療機関名()

④現在、服用している薬はありますか？(市販薬含む) はい・いいえ

薬品名()

お薬手帳、お薬の説明書等があればご提示ください

⑤今までに大きな病気(入院、手術)をしましたか？ はい・いいえ

病名() (才頃)

⑥下記の疾患と診断されたことがある方は、○で囲んでください

気管支喘息 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ 糖尿病

⑦嗜好歴

タバコ : 吸う (本/1日 × 年) ・ 吸わない

アルコール : 毎日 ・ 週4-6回 ・ 週2-3回 ・ 週1回 ・ 飲まない

⑧その他

・飲めない薬の剤形は？

ある(粉・錠・カプセル) ・ 特になし

・一ヶ月以内に予防接種を受けましたか？

ある(種類: 接種日:) ・ なし

☆ **女性の方**は下記の項目についてお答えください

・妊娠中ですか？ いいえ ・ はい(ヶ月) ・ 不明

・授乳中ですか？ いいえ ・ はい