

【 問 診 票 】

フリガナ _____ 生年月日 明治・大正・昭和・平成

氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

住所 _____ 電話番号 _____

◇お薬手帳を (持っている ・ 持っているが持参していない ・ 持っていない)

来院時体温 _____ ℃

1. どのような症状がありますか？ (○をつけるか、カッコ内に記入してください)
発熱 (_____ ℃) ・ 頭痛 ・ 寒気 ・ 咳 ・ のど痛 ・ 鼻水 ・ 息苦しい
胸痛 ・ めまい ・ 嘔吐 (_____ 回) ・ 吐気 ・ 下痢 (_____ 回) ・ 腹痛
排尿痛 ・ 残尿感 ・ 発疹 ・ 腰痛 ・ その他 (_____)

いつ頃から症状がありますか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから

現在の症状で医療機関を受診しましたか？ (はい ・ いいえ)

2. これまでにかかった病気・または治療中の病気はありますか (はい ・ いいえ)

※下記の該当する病気に○をしてください

※その他の病気がある場合は「病名」を記入してください

心臓病 ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ がん

肺の病気 ・ 喘息 ・ 緑内障

その他(病名: _____)

3. これまでに手術をされたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

何の手術ですか？ (_____)

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

飲んでいる薬を記入してください (_____)

5. 薬・注射・食べ物・花粉などのアレルギーがありますか？ (はい ・ いいえ)

何のアレルギーですか？ (_____)

女性の方のみ

6. 一番近い生理はいつですか？ (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)

7. 妊娠中、またはその可能性がありますか？

(はい 現在、妊娠 _____ 週 ・ いいえ ・ わからない)

8. 授乳中ですか？ (はい 現在、子ども _____ ヶ月 ・ いいえ)