

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	ご職業	
氏名		生年月日	大・昭 年 月 日 平・令 (歳)	
ご住所	〒 -	固定電話	-	-
		携帯電話	-	-

◆ 本日はどうなさいましたか？

- 発熱 鼻づまり 鼻水 のどの痛み 咳 痰 頭痛 めまい 関節痛
倦怠感 動悸 胸の痛み むくみ 腹痛 下痢 吐き気(嘔吐あり・なし) 胃痛
その他症状 (例：健康診断で～を指摘された等)

◆ いつ頃からですか？ ()

◆ 現在治療中、またはこれまでににかかった病気はありますか？ なし あり

ありの場合↓

- 高血圧 糖尿病 高コレステロール・中性脂肪 気管支喘息 感染症(肝炎) 心疾患
不整脈 緑内障・白内障 アトピー性皮膚炎 精神疾患 腎疾患 骨粗鬆症
その他 ()

◆ 現在飲んでいるお薬はありますか？ いいえ はい

はいの場合→ []

お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提出ください。

◆ これまでに薬や注射で副作用が出たことがありますか？ いいえ はい

はいの場合→ 薬の名前と副作用の症状 ()

◆ お酒は飲まれますか？ いいえ はい

量と頻度について：1日 _____ 杯 毎日 時々 月2、3回

◆ たばこは吸いますか？ いいえ 禁煙した はい (1日 _____ 本/約 _____ 年間)

◆ アレルギーはありますか？ いいえ はい ()

◆ 女性の方へ 現在妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中 閉経している

生理について： 順調 不順 閉経(_____ 歳頃)

最終生理： (_____ 月 _____ 日)