

問 診 票

ふりがな
御名前

男・女 生年月日： 大正・昭和
平成・令和

年 月 日

体重： _____ kg 体温： _____ °C

御住所 〒 _____

電話番号： _____

- ① 今日は、どうされましたか？

- ② いつごろからですか？

- ③ 今回の症状でほかの病院で処方されたお薬がありますか？ (ある ・ ない)
ある場合は、薬の名前もしくは内容を記入して下さい。

- ④ 今までに下記のような病気にかかったことはありますか？ (ある ・ ない)
ある方は、その病気に○をつけて下さい。
下記以外の病気や手術の場合は、(その他)にご記入下さい。

高血圧 糖尿病 ぜんそく 心臓病 肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎)
腎臓病 (透析はしていますか？ はい ・ いいえ)
胃潰瘍 貧血 緑内障 前立腺肥大 アトピー性皮膚炎 じんましん 卵アレルギー
その他

- ⑤ いつも飲んでいるお薬がありますか？ (ある ・ ない)
ある場合は、お薬手帳等をお持ちの方はお出し下さい。
ない方は、わかる範囲で下記にご記入下さい。

- ⑥ お薬や食べ物で副作用が出たことがありますか？ (ある ・ ない)
ある場合は、薬名・食べ物を記入して下さい。

- ⑦ たばこを吸いますか？ (以前吸っていましたか？) (はい：1日 本/喫煙歴 年・ いいえ)
- ⑧ お酒は飲みますか？ (はい：1日 合 / 飲酒歴： 年・ いいえ)
- ⑨ 女性の方のみお答え下さい。妊娠中ですか？ (はい 現在 週目・可能性がある ・ いいえ)
→上記で「はい」と答えた方のみお答えください。
出産予定日はいつ頃ですか？ (年 月頃)
- ⑩ 女性の方のみお答え下さい。授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)