

問診票

年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 年 月 日 歳 平成
連絡先	〒	電話番号

下記のご質問にお答え下さい。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

1~3 日前から 1 週間前から 1 か月前から その他 () 前から

頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 熱
お腹が痛い 食欲がない 胃が痛い 下痢 便秘
吐き気 嘔吐 めまい 体がだるい 体温 () ° C
その他の症状

2. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
糖尿病 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

3. 現在、内服している薬ありますか。(お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。)

いいえ はい

4. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

ない ある

5. 日常生活について、お答え下さい。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1) 2) にお答え下さい。

1) 1日に () 本くらい 2) () 年間くらい

アルコールについて 飲まない 毎日 週 () 日 月 () 日

※「飲まれる方」は、ご記入下さい。

お酒の種類： _____ 量： _____

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

授乳中ですか

いいえ はい 可能性あり いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。