

問診表

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 男・女 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (才)

ご住所 〒 _____ 市

_____ 町 _____ 丁目 _____ 番地

マンション・アパート名 _____

電話 (_____) _____

携帯 (_____) _____

1. いつから、どのような症状が続いていますか。

当てはまる項目に○をつけてください。

現在の体温	_____ 度	頭痛	(_____ 前から)
鼻水・鼻づまり	(_____ 前から)	のどが痛い	(_____ 前から)
せき・たん	(_____ 前から)	体がだるい	(_____ 前から)
腹痛	(上腹部・下腹部)	はきけ	(_____ 前から)
	(_____ 前から)	嘔吐 _____ 回	(_____ 前から)
食欲不振	(_____ 前から)	下痢 _____ 回	(_____ 前から)
耳鳴り・めまい	(_____ 前から)	むくみ	(_____ 前から)
胸痛	(_____ 前から)	動悸息切れ	(_____ 前から)
泌尿器	血尿	痔	血便
健康診断の再検査		その他	

2. 今までにかかった病気、または治療中の病気はありますか。

特になし

胃、十二指腸潰瘍 高血圧 糖尿病 心疾患

脳血管障害 肝臓病 腎臓病 癌

その他 (_____)

3. 現在、他にかかっている病院、医院はありますか。

いいえ はい(病院、医院名 _____)

(病名 _____)

服用中の薬はありますか。

いいえ

はい お薬手帳をご提示くださるか薬名をご記入ください
薬剤名 _____

4. 今までに、薬、注射や食物でアレルギーが出たことはありますか。

いいえ

はい (_____)

5. (女性のみ) 妊娠していますか。もしくは可能性はありますか。

いいえ わからない(最終月経 _____ 月 _____ 日)

はい (_____ ヶ月) 授乳中(生後 _____ ヶ月)

6. タバコは吸われますか？

吸わない 吸う (_____ 歳から 1日約 _____ 本)

以前吸っていた (期間 _____ 1日約 _____ 本)

7. お酒は飲まれますか

飲まない ほぼ毎日飲む

時々飲む ・日本酒 ・ビール ・焼酎 ・ウイスキー
(量 _____ 合 _____ 本 _____ 杯)