

【問診票】

記入日 年 月 日

\*ふりがな

\*お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 来院時体温 \_\_\_\_\_℃

\*生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) (院内で測ります)

\*ご住所 〒 \_\_\_\_\_

\*電話番号 ご自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

1 本日はどのような症状ですか？

2 その症状はいつからで、どのような経過ですか？

3 思い当たるきっかけや原因、心当たりがあれば教えてください。

4 今までに大きな病気をしたことがありますか？

なし・あり 病名 \_\_\_\_\_ 年 月ごろ

5 現在治療中の病気はありますか？

なし・あり 病名 \_\_\_\_\_

6 いま服用しているお薬はありますか？

なし・あり \_\_\_\_\_

7 お薬手帳やお薬の内容のわかるものをお持ちですか？

なし・あり \_\_\_\_\_

8 お薬のアレルギーや副作用で困ったことはありますか？

なし・あり \_\_\_\_\_

9 食物アレルギーはありますか？

なし・あり \_\_\_\_\_

10 たばこ

吸わない・吸う・吸っていた 1日約 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで・今も

11 お酒

・ 飲まない・飲む 週 \_\_\_\_\_ 回程度・お酒の種類 \_\_\_\_\_ 1回の量 \_\_\_\_\_

12 女性の方のみお答えください

・ 現在妊娠している いいえ・はい 妊娠第 \_\_\_\_\_ 週

・ 授乳中 いいえ・はい

13 他にも何か伝えておきたいことがございましたら、お書きください。