

問診票

記入日 令和 年 月 日

診察の参考にさせていただきますので該当する項目に○を付け、[]の欄に詳細をご記入ください。

フリガナ		男・女	来院されたきっかけは何ですか？
氏名			<input type="checkbox"/> 知り合い・家族からのご紹介 () 様
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(才)		<input type="checkbox"/> 近所
住所	〒 -		<input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> インターネット
電話番号			<input type="checkbox"/> その他()

① 本日の来院理由をお聞きします

- 発熱 のどの痛み 鼻水 咳 痰がからむ・出る 頭痛 胸痛
 動悸 息苦しい 腹痛 下痢 嘔吐・吐き気 便秘 眠れない
 健康診断 その他

それはいつ頃からですか？

② 今までに病気やケガをしたことがありますか？

ない・ある

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 高血圧症 糖尿病
 脂質異常症 喘息 緑内障 前立腺肥大 脳疾患
 その他

③ 現在、飲んでいる薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は医師にお見せください。

ない・ある

病名

薬品名

④ 食品や薬のアレルギーはありますか？

ない・ある

食品・薬品名

⑤ 日常生活についてお聞きします

タバコについて 吸わない・吸う 1日()本位・吸っていた()年前まで1日()本位

お酒について 飲まない・飲む 週に()回位 お酒の種類() 酒量()ml

⑥ 女性の方にのみお聞きします

妊娠されていますか？ いいえ・はい

授乳中ですか？ いいえ・はい

⑦ ご意見・ご質問などがありましたらご記入ください。