

# 問 診 票

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	明・大 昭・平	年 月 日 ( ) 歳
住所	〒			
電話	- -	携帯	- -	体温 °C

1) 今日はどうされましたか？

発熱 頭痛 咳 のどの痛み 腹痛 下痢 嘔気・嘔吐 動悸 息切れ  
鼻汁 鼻閉 めまい その他 ( )

いつ頃からそのような症状がありますか？

本日 ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) ヶ月前

2) 今までに薬（注射・食物）などで具合が悪くなったことはありますか？

1. いいえ
2. はい どのような薬や食物ですか？ ( )  
どのような症状がでましたか？ ( )

3) 現在治療中の病気はありますか？

1. いいえ
2. はい 高血圧 高脂血症 糖尿病 胃潰瘍 心臓病 緑内障 喘息  
肝臓病 前立腺肥大 その他 ( )

服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は先生にご提示ください。

( )

4) 今までに病気で入院したことはありますか？

1. いいえ
2. はい (病名: ) 年 月頃 )

5) 日常生活についてお答えください

便秘: 毎日 下痢気味 便秘 ( ) 日に1回  
飲酒: 飲まない 飲む ( ) 日/週 ( ) 合/日  
喫煙: 吸わない 吸う ( ) 本/日 喫煙歴 ( ) 年

6) 女性のみご記入ください。

現在、妊娠中ですか？ もしくは妊娠の可能性はありますか？

1. はい
2. いいえ

現在、授乳中ですか？

1. はい
2. いいえ

最後にあった月経はいつですか？ ※閉経または不明の場合は無記入でかまいません。

年 月 日 ( ) 日間