

問 診 票

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	大・昭 平・令	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