

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T, S, H \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 年齢 \_\_\_\_\_歳

〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

性別 男・女 身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

◆今日はどうかされましたか？（具体的な症状をお願いします。）お熱はありましたか？（\_\_\_\_\_）℃

（ \_\_\_\_\_ ）

◆いつからですか？ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から

◆今回の症状で治療を受けたことがありますか？

（ \_\_\_\_\_ ）

□現在治療中の病気、もしくは以前にかかったことがある病気はありますか？

糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・結核、  
ぜんそく・緑内障・前立腺肥大・腎障害・肝障害・肝炎（B型・C型）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

□お薬のアレルギー、合わないお薬はありますか？ その際はどんな異常がありましたか？

（ \_\_\_\_\_ ）

◆服用中のお薬ありますか？お薬手帳があれば受付にお渡してください。

（ \_\_\_\_\_ ）

◆手術をされたことはありますか？

（ \_\_\_\_\_ ）

◆タバコ、飲酒はされますか？ いいえ・はい

タバコ \_\_\_\_\_本/日 × \_\_\_\_\_年間 お酒 \_\_\_\_\_ml/日 種類（ \_\_\_\_\_ ）

◆女性の方へ

妊娠していますか？ いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ ）週目 ・可能性あり

授乳中ですか？ いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ ）ヶ月児