

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
名前		男・女	明・大 昭・平 年 月 日 ( ) 歳
住所	〒	連絡先	自宅 ( ) 携帯 ( )

現在の体温	度	分
-------	---	---

下記の質問にお答え下さい。

1. 本日は、どのような事で来院されましたか？  
( )
  
2. それはいつ頃からですか？  
( )
  
3. どのような症状がありますか？  
( )
  
4. 現在飲んでいるお薬はありますか？  
 いいえ     はい
  
5. 現在治療中又は今までにかかった病気はありますか？  
 いいえ     はい     高血圧     糖尿病     心臓病     喘息     胃・十二指腸潰瘍  
 肝臓病     腎臓病     高脂血症     その他 ( )
  
6. 今までに飲み薬や注射で気分が悪くなったり、副作用が出たことはありますか？  
 いいえ     はい     抗生物質     風邪薬     解熱鎮痛剤  
 その他 ( )
  
7. アレルギー体質と言われたことがありますか？  
 いいえ     はい     喘息     鼻炎     結膜炎     花粉症  
 蕁麻疹     湿疹     アトピー     その他 ( )
  
8. タバコを吸いますか？  
 いいえ     はい    ( 1日 \_\_\_\_\_ 本を \_\_\_\_\_ 年間 ) ・ 禁煙した ( \_\_\_\_\_ 歳で )
  
9. アルコールを飲みますか？  
 いいえ     はい    ( 時々 ・ 2～3日おき ・ ほぼ毎日 \_\_\_\_\_ 年間 )
  
10. 女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか？  
 いいえ    ※最終月経開始日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 はい    ( \_\_\_\_\_ ヶ月 ) ・ 可能性あり  
 ※授乳中ですか？     はい     いいえ
  
11. 来院されたきっかけは何ですか？  
 ご紹介 ( \_\_\_\_\_ 様 )     ご近所  
 ホームページ     その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。取得した個人情報厳守いたしますのでご安心ください。