

問 診 票

平成 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。