

問 診 票

年 月 日

フリガナ				男・女	
氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住 所	〒				
電 話		携 帯			

診療の参考にさせていただきますので、以下の問にお答え下さい。

- 今日はどうされましたか？また、それはいつからですか？
(身体のどの部分が、どのように具合が悪いのか、なるべく具体的にお書き下さい。)

- 腹痛、下痢、嘔吐、吐き気はありますか？
あ る ・ な い
- 最近3日以内に38℃以上の熱は出ていましたか？
あ る ・ な い
- 下記の病気と診断されたことがある方は、○印と年齢をお書き下さい
 1. 心臓病 (才) 2. 高血圧 (才) 3. 肝臓病 (才)
 4. 糖尿病 (才) 5. 腎臓病 (才) 6. 喘息 (才)
 7. 緑内障 (才) 8. 前立腺肥大症 (才)

- その他大きな病気や入院されたことのある方は、下欄にお書き下さい
病 名: (才の時)

- 他の医療機関で処方されてるお薬はありますか？
あ る ・ な い

- タバコについて
吸わない・吸う (本/日) 禁煙した (才の時から)

- アルコールについて
飲まない・時々飲む・毎日飲む (種類: を 本位)

- 今までに、薬を飲んだり、特定の食べ物を食べてじんま疹やアレルギーが出たことがありますか？
な い ・ あ る (原因:)

- 女性の方のみ 現在、妊娠の有・無 ● 現在、授乳中ですか？
な い ・ あ る ・ わからない は い ・ いいえ

ご協力ありがとうございました