

問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな		性別	生年月日
			男 女	大正 昭和 平成 年 月 日生
住所	〒			TEL
身長	cm	体重	kg	携帯番号

1 どのような症状で受診されますか？ 具体的に

{ }

2 その症状はいつ頃からありますか？

{ }

3 上記のことで、他の病院で診察をお受けになったことがありますか？

ない ある { 病院 薬の処方 点滴 治療なし }

4 今まで過去に大きな病気、手術を受けたことがありますか？

ない ある・・・いつ頃・どんな病気ですか？

{ }

5 現在治療中の病気、内服薬はありますか？

ない ある・・・いつ頃から・どんな病気ですか？

{ 高血圧・脂質異常症・糖尿病・不整脈・心臓病・喘息・甲状腺・前立腺・脳疾患・

腎臓病・肝臓病・緑内障・がん ()・その他 () }

※ お薬手帳を必ず持参してください

6 薬のアレルギーはありますか？

ない ある

{ }

7 女性の方にお聞きします。現在、妊娠の可能性はありますか？

ない ある わからない

8 授乳中ですか？ いいえ はい