

問 診 票

平成 年 月 日

診療上、大変重要な情報ですので下記の項目について記入または○で囲んでください。

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平
お名前				年 月 日生 (才)
下記は初めての方、またはご来院された後に変更があった方のみご記入ください。				
ご住所	〒 _____		電話 携帯電話	

身長: _____ cm 体重: _____ kg 現在の体温: _____ °C 平熱: _____ °C

1. 今日、どのような症状や経緯で受診されましたか？

発熱 喉が痛い 咳 痰 鼻汁 頭痛 胃痛 腹痛 下痢 嘔気 嘔吐
胸痛 動悸 脈が乱れる 息苦しい めまい しびれ 倦怠感 湿疹
関節痛 悪寒 健診の希望 ほか、下記に自由に記入してください

※それはいつ頃からですか?: _____日前から・昨日から・今日から

2. 現在までに下記のような病気にかかったことがありますか？

①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 ④高脂血症 ⑤痛風 ⑥肝臓病 ⑦ぜんそく
⑧じんましん ⑨鼻炎 ⑩アトピー ⑪花粉症など ⑫リウマチなどの膠原病 ⑬手術歴
そのほか何かあれば具体的にお書きください。

※ 現在、服用している薬があれば全てお書きください。

3. 今までにアレルギー・特異体質などと云われたり、薬で発疹やショックになったことがありますか？ いいえ・はい

※ “はい”とお書きになられた方は、どんな薬や食べ物で症状が出ましたか？

4. タバコは吸いますか？ いいえ・以前吸ってた・はい

1日の喫煙本数()本

喫煙年数()年間

5. 現在入院中ですか？ いいえ (他院通院中の場合、病院名)

はい (入院先病院名)

6. 女性の方にお伺いします。

・ 妊娠していますか？ いいえ・はい (週)、可能性あり

・ 現在授乳中ですか？ いいえ・はい (予定日 月 日)

・ 妊娠中あるいはその可能性のある方には、催奇形性を考慮し内服薬を処方しない場合がありますが、よろしいですか？ いいえ・はい

