問 診 票

（ﾌﾘｶﾞﾅ）		男・女	生年月日	年　月　日
お名前			年　齢	歳
			身　長	cm
ご住所	（〒　　-　　）		体　重	Kg
			体　温	℃
電話番号		携帯番号		

◆ 本日はどうされましたか？

☐ 発熱　☐ 頭痛　☐ 吐き気　☐ 咳　☐ けいれん　☐ 嘔吐
☐ 鼻水　☐ のどが痛い　☐ 腹痛　☐ 痰がからむ　☐ ぜーぜーする　☐ 下痢
☐ その他　（　　）

◆ 症状はいつからですか？　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿頃から

◆ 現在、服用中のお薬はありますか？　（　ある　・　ない　）

ある方は、ご記入ください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ 現在、治療中の病気はありますか？　（　ある　・　ない　）

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ 今までにかかったことのある病気はありますか？　（　ある　・　ない　）

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 心臓病　☐ 狭心症　☐ 不整脈　☐ 喘息　☐ 肺気腫　☐ 痛風
☐ 高脂血症　☐ 結核　☐ その他　（　　）

◆ ご家族で糖尿病や脳梗塞、心筋梗塞などの病気をされた方はおられますか？　（　いる　・　いない　）

いる方は、ご記入ください。（続柄　　）　（病名　　）

◆ 食べ物・飲み薬・注射によるアレルギーはありますか？　（　ある　・　ない　）

ある方は、ご記入ください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ 希望する薬の種類はありますか？　（ ☐ なし ☐ シロップ ☐ 粉薬 ☐ 錠剤 ☐ カプセル ）

◆ 周囲で流行っている病気はありますか？　（　ある　・　ない　）

ある方は、ご記入ください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ 飲酒や禁煙はどのくらいですか？

（飲酒）　☐ 飲まない　☐ 1日に＿＿＿本ぐらい

（喫煙）　☐ 吸わない　☐ 毎日　☐ 1日に＿＿＿本ぐらい

◆ 女性の方に伺います。

・ 現在、妊娠中ですか？　（　はい＿＿＿＿＿＿ヶ月　・　いいえ　・　わからない　）

・ 現在、授乳中ですか？　（　はい　・　いいえ　）

◆ 当院のことは、何で知りましたか？

☐ インターネット　☐ 看板　☐ 知人の紹介　☐ 他院の紹介

☐ その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿