

記入日 年 月 日

問 診 票

ID

ふりがな 氏 名	性別 (男・女)	年齢	歳
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	職業:	子ども:(いる・いない)	
住所 〒			
携帯番号 () —	身長	cm、体重	Kg、体温 °C
電話番号 () —	ペット:	記入者:()	

1) 本日はどのような症状で来られましたか?

(「いつから」と「どのような症状」例:咳が出る, 胸が苦しい…など記入下さい)

[]

2) 持病や治療中の病気はありますか?

- ない 高血圧 糖尿病 高脂血症 不整脈
喘息 胃潰瘍 その他 ()

3) 現在、服用している薬はありますか?

- ない ある ()

4) 今までに入院や、何か手術を受けたりしたことはありますか?

- ない ある (病名: 内容:)

5) 食品や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり発疹が出た, など)がありますか?

- ない ある ()

6) ご家族に、多い病気があればお教え下さい。

- 癌 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳卒中 その他
()

7) タバコとアルコールについて

- タバコ 吸わない 以前吸っていた 吸っている (本/日) () 年
 アルコール 飲まない 飲む (何を: どれくらい:)

8) 健康診断を受けて、異常を指摘されたことがありますか?

- ない ある (指摘内容:)

9) 処方薬はジェネリック医薬品を希望しますか

- はい いいえ おまかせ

10) 女性の方にうかがいます。 最終月経はいつですか? ()

現在妊娠中または妊娠している可能性がありますか? いいえ はい

現在授乳中ですか? いいえ はい

★当院を何でお知りになりましたか?(該当項目に○印をつけて下さい)

- 1.他院からの紹介 2.知人の紹介 3.チラシ広告 5.インターネット 6.その他()