

問診表

氏名 _____ 年齢 _____ 才 (男・女) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 本日は、どのような症状で来院されましたか。

(_____)

② その症状はいつ頃からですか。(_____)

③ その症状で治療をされたことはありますか。 ある (病院名 _____) ・ ない

④ 持病のある方は○で囲ってください。

糖尿病 高血圧 喘息 結核 てんかん 貧血 心臓病 腎臓病 肝疾患

その他 (_____)

⑤ 現在飲んでいるお薬はありますか。 お薬手帳のある方は受付にお出してください。

ある 薬品名 (_____) ・ ない

⑥ 今まで手術や入院をしたことがありますか。

ある 病名 (_____) いつ頃 (_____) ・ ない

⑦ 今までお薬や注射で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか。

または、アレルギーがありますか。 ある (_____) ・ ない

⑧ 飲酒： 毎日飲む ・ 時々飲む ・ まったく飲まない

*焼酎 (_____ 合/日) *ビール (_____ 本/日) *その他 (_____)

⑨ タバコ： 吸ったことがない 現在吸っている (_____ 本/日)

以前 (_____) 年前まで 吸っていた (_____ 本/日)

⑩ 妊娠していますか はい ・ いいえ ・ はっきりしない

