

問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 男・女

住所 〒

電話番号 (携帯) (自宅)

1. 今日はどうなさいましたか？ (あてはまるものに○をつけてください)

痛い (頭 のど 胸 おなか 背中 その他 ())
熱 鼻水・鼻づまり 咳・痰 吐き気 胸やけ 動悸・息切れ
胃がもたれる・重い 便に血が混じる めまい・ふらつき むくみ
皮膚のかゆみ 血圧が気になる 健康診断希望 その他 ()

2. それはいつからですか？

()頃から

3. 過去に大きな病気で治療や手術を受けたことはありますか？

なし あり ()

4. 現在治療中の病気はありますか？

なし あり ()

5. 現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり ()

6. 飲酒、喫煙されますか？

飲酒 飲まない 飲む (週 日、種類、量 ())
喫煙 吸わない 吸う (本/日× 年間) 禁煙した (本/日× 年間)

7. お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり ()

8. 女性の方へ 現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)