

問診表

日付 年 月 日

| | | | | |
|-------------|---|----|---|----|
| フリガナ お名前 | 男 | 年齢 | 歳 | 体重 |
| | 女 | | | |

1 現在お困りのこと、気になることはなんですか？ (体温 . °C)
(おもな症状をお書き下さい)

2 いつごろ始まりましたか？ また、きっかけはありましたか？

3 ・この病気で、今までに治療や検査を受けたことはありますか？
ある (受けた場所: _____) ない

・現在お薬をのんでいますか？
はい (内容: _____) いいえ

4 妊娠・授乳中について
妊娠している (妊娠 _____ ヶ月) わからない 授乳中 なし

5 薬によるアレルギーや副作用を経験したことがありますか？
ある (薬の名前: _____) ない

6 ・今までかかったことのある病気は？ (現在も含む)
高血圧・糖尿病・高脂血症・がん・結核・脳卒中・肝臓病・腎臓病
心臓病・不整脈・心筋こうそく・狭心症・胃炎・胃かいよう・花粉症
ぜんそく・アレルギー・ちくのう症・中耳炎・へんとう腺・緑内障
前立腺肥大・その他 (_____)

・現在お薬をのんでいますか？ はい (内容: _____) いいえ

7 輸血を受けたことは？
ない ある (いつですか? _____)

8 タバコは？
吸わない 吸う (1日 _____ 本) 以前あり (_____ 年)

9 お酒は？
飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む (量は? _____)

※何かご希望がございましたら、病気のこと以外でも結構ですので、お書き下さい。

ご協力ありがとうございました