

体温 °C

# 問 診 票

小学生以下の方は体重を記入して下さい。

( . kg)

ふりがな

お名前

性別

男・女

生年月日

M . T . S . H

年

月

日

年齢

歳

〒

職業

住所

電話番号 (自宅)

電話番号 (携帯)

\*いつからどのような症状ですか？

月 日より

\*いままでにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

- ・ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 肝臓の病気 ・ 腎臓の病気 ・ 心臓の病気 ・ 胃の病気
- ・ 肺の病気 ・ 喘息 ・ 膀胱の病気 ・ 蕁麻疹等のアレルギー疾患
- ・ その他 ( )

治療されていますか？

している

・ していない

\* 3 か月以内に渡航歴はありますか？

ある

・ なし

\* 現在内服されているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？

無

・ 有

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい。

( )

\* 現在までに薬や食物で、アレルギーやショック状態になった事がありますか。

(有の場合は具体的に記入して下さい。)

無 ・ 有

\* 手術を受けた事がありますか？ (有の場合は具体的に記入して下さい。)

無 ・ 有

\* 輸血 (血液製剤) を受けたことがありますか？

無 ・ 有

年 月頃

\* お酒は飲みますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方 ・ 毎日 を くらい ・ ときどき を くらい

\* タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方 ・ 毎日 本くらい ・ ときどき 本くらい

\* 女性の方のみにお伺いします。

・ 一番最近の生理はいつですか？ 月 日から 日まで

・ 現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ

・ 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

\* 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

近所に在住 (通勤・通学路) / ホームページ / 広告 / 知人の紹介

他の医療機関からの紹介 / その他 ( )