ID

問診票

平成　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男 ・ 女		
氏名		生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日 （　　歳）		
住所	〒　　-				
電話番号		身長	cm	体重	kg

① 症状はいつからですか？

・　　月　　日頃から　・　　月頃から　・　　年頃から

② どのような症状ですか？

・発熱（　　℃）　・発熱はいつ頃からですか？ →（　　日　　時頃～）
・家族・友人・職場などに、インフルエンザの方はいますか？ → ・はい　・いいえ

・のどが痛い　・鼻水　・咳　・痰　・関節が痛い　・頭痛　・腹痛　・下痢　・吐き気　・嘔吐
・胸痛　・動悸　・息切れ　・めまい　・胸の圧迫感　・むくみ　・血便　・便秘
（その他　　）
・紹介状持参　・健診で再検査

③ 現在治療中、または過去に指摘された病気はありますか？

・いいえ　・高血圧　・狭心症　・心筋梗塞　・脳梗塞　・脳出血　・糖尿病（インシュリン 有 ・ 無 ）
・脂質異常（高コレステロール血症）　・痛風　・緑内障　・前立腺肥大　・ぜん息　・小児ぜん息　・骨粗しょう症
（その他　　）

④ アレルギーはありますか？

・いいえ　・花粉症　・ハウスダスト　・アルコール ・（その他　　）

⑤ 薬によるアレルギー・副作用はありますか？

・いいえ ・はい（　　）

⑥ 現在服用中のお薬(市販薬含む)はありますか？

・いいえ　・はい（　　）
・お薬手帳持参（ 有 ・ 無 ）お持ちの方は診察時、医師へお出しください。

⑦ 入院歴・手術歴はありますか？

・いいえ　・はい（　　）

⑧ 現在、妊娠していますか？（女性のみ）

・いいえ　・はい（　　週）（　　ヶ月）　・授乳中（　　ヶ月）

⑨ その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください。