

ID _____

問診票

令和 _____ 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 (_____ °C) ・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、医師へお出してください。

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。

--