

問 診 表

年 月 日

カ ナ		男 ・ 女	明治	年	月	日生
氏 名			大正			
住 所	〒	—	電話	自宅()	—	
			携帯()	—		

*必ず連絡のとれる番号をお書きください

現在の体温: _____℃ 身長: _____cm 体重: _____kg

1、今日はどんな症状で来院されましたか？

(風邪 (発熱 ・ 喉の痛み ・ 咳 ・ 鼻水) 頭痛 吐気 嘔吐
胃痛 腹痛 背部痛 下痢 腰痛 肩痛 頸部痛
足痛(右 ・ 左) 捻挫(部位: _____) 打撲(部位: _____)
健康診断にて再検査 保険外診療(AGA ED) その他(_____))

2、症状はいつ頃からありますか？ *発熱の方は _____日 午前・午後 _____時頃

(_____)

3、現在、服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方は 具体的に (病名 _____ 病院名 _____
薬名 _____)

4、女性の方にお尋ねします。

最終月経 _____月 _____日～ _____日間

現在**妊娠している可能性**がありますか？ (はい ・ いいえ) 妊娠 (_____)週

現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

5、薬、食べ物によるアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

ある方は具体的に

(かぜ薬(ピリン等) ・ 鎮痛剤 ・ 抗生物質(ペニシリン等)
その他(_____))

6、今までにかかった病気がありますか？ (ある ・ ない)

ある方は具体的に

(高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息 ・ 胃、十二指腸潰瘍
前立腺肥大 ・ 脳血管梗塞 ・ 緑内障 ・ その他(_____))

7、日常生活についてお尋ねします。

食欲: 良好 ・ 普通 ・ 不振

便通: _____日 _____回 下剤の服用 _____有 ・ 無

飲酒: 毎日(種類: _____量: _____) ・ 時々 ・ 飲まない

たばこ: 吸う(1日 _____本 _____年間) ・ やめた ・ 吸わない

8、その他希望する項目がありましたらお書き下さい。

検査を希望する ・ 点滴を希望する ・ その他(_____)