

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			
住所	〒					
電話番号	自宅 : ()	携帯 :	—	—		

小学生のみご記入下さい

(1)本日はどうなさいましたか？

体温 °C 体重 kg

- 健康診断 発熱(悪寒:ある・なし)(最高 度) 鼻水(色:) (鼻づまり:ある・なし) 喉の痛み
咳(起床時・日中・就寝時・その他()) 痰(色:) 頭痛 関節痛(首・肩・背中・腰・全身)
胃痛 腹痛 吐き気(水分:とれている・とれていない) 下痢(今まで 回)(水様便・軟便) 便秘
めまい(ふらつく・回転) 発疹 胸痛 息苦しさ 倦怠感 しびれ 残尿感 排尿痛
その他()

(2)いつからですか？

月 日頃から

(3)身近に同じ症状の方はいますか？

はい

(4)今回の症状で他の病院を受診されましたか？

はい(処方されたお薬:)

(5)最近海外へ渡航されましたか？

月 日(場所)

(6)現在、他の病院で治療中の病気はありますか？

はい(病名) いいえ

(7)現在、服用しているお薬はありますか？ *「お薬手帳」をお持ちの方はお出し下さい

はい いいえ

(8)薬や食べ物で具合が悪くなったりアレルギー反応が出たことがありますか？

はい(薬名、食べ物) いいえ

(9)今までに入院や手術をするような病気をした事がありますか？

はい(病名) いいえ

(10)お酒を飲みますか？

はい(週 日 種類・量) いいえ

(11)たばこを吸いますか？

はい(1日 本 年前から) いいえ(以前は吸っていた 才~ 才まで)

★女性の方のみお答えください

(12)妊娠について

妊娠中(か月) 可能性がある していない わからない

(13)授乳中ですか？

はい いいえ