

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			歳
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 \_\_\_\_\_℃ 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