

問 診 票

ID:

フリガナ				男・女	年齢	歳(学年 年生)	
氏名							
現住所	〒 -			生年月日	大昭平	年	月 日
携帯番号	ご自宅 電話番号					職業	
身長	cm	体重	kg	平熱	°C	来院時熱	°C

- ① 今日どのような症状、または目的で来院されましたか？
 いつから()
 発熱 のどの痛み 鼻水・鼻づまり 咳 頭痛 腹痛 だるさ
 嘔吐・吐き気 下痢 胸痛 どうき その他()
- ② これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？
 なし
 あり → 高血圧 糖尿病 脳梗塞 心臓病 喘息
 その他()
- ③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？
 なし
 ある → お薬手帳(あり・なし) お薬の名前()
- ④ 血縁の方で、下記の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？
 なし
 高血圧(間柄:) 糖尿病(間柄:) 脳梗塞(間柄:)
 心臓病(間柄:) 喘息(間柄:) ガン(間柄:)
 その他()
- ⑤ 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーや副作用がでたことがありますか？
 ない
 ある(具体的に:)
- ⑥ タバコを吸われますか？
 吸わない
 現在も吸っている (本/日、 年)
 以前、吸っていた (本/日、 年)
- ⑦ アルコールは飲まれますか？
 いいえ はい(量と頻度は?)
- ⑧ 女性の方へ
 ※薬によっては妊娠・授乳中に服用してはいけないものがありますので以下の質問にお答えください
 現在、妊娠していない 妊娠の可能性あり 現在、妊娠中
 現在、授乳中 最終月経 H 年 月 日 ~ 日まで
- ⑨ 最近、海外へ行かれたことはございますか？
 ない ある(渡航先は?)
- ⑩ 当院をどちらでお知りになりましたか？
 インターネット 紹介 看板 自宅に近い 勤務先が近い
 電話帳 その他()

ご協力ありがとうございました。