

## 問診票

令和 年 月 日

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

◆今日どのような事でいらっしゃいましたか？

( )

◆症状はいつからですか？ ( )

◆今の症状で、すでにどこかで見てもらいましたか？

はい・いいえ ( )

◆今までかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを ( ) にご記入ください。

 喘息 ( 歳頃)       高血圧 ( 歳頃)       糖尿病 ( 歳頃) 脂質異常症 ( 歳頃)       心臓病 ( 歳頃) その他 (病名: )

◆今服用しているお薬はありますか？

はい・いいえ (お薬名 )

◆今までに入院・手術をされたことがありますか？

はい・いいえ (手術歴 )

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい・いいえ (お薬 ) (食べ物 )

◆アルコール綿でアレルギーはありますか？

はい・いいえ

◆お酒は飲みますか？      はい・いいえ ( 1日量 )

◆タバコは吸いますか？      吸う ( 1日 本 )      吸わない      禁煙した ( 年前から)

◆体温 . 度

◆身長 c m      体重 k g

これからの質問は女性の方のみお答えください。

◆現在妊娠していますか？

はい・いいえ

◆現在授乳中ですか？

はい・いいえ