

## 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)<br>(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