

問診票

ID _____

フリガナ
お名前 _____

生年月日
T S H R _____年____月____日 年齢____歳

〒
住所 _____

電話番号 _____ ご職業 _____

性別 男・女 身長_____cm 体重_____kg

○今日はどうされましたか？（具体的な症状をお願いします。） 発熱 なし・あり（ ）℃

（ ）

○いつからですか？ _____日前から もしくは____年____月____日から

○今回の症状で飲まれている薬はありますか？

（ ）

○現在治療中の病気、もしくは以前にかかったことがある病気はありますか？

糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・結核
ぜんそく・緑内障・前立腺肥大・腎障害・肝障害・肝炎（B型・C型）

その他（ ）

服用中のお薬（ ）

○手術をされたことはありますか？

（ ）

○お薬のアレルギー、合わないお薬はありますか？ その際はどんな異常がありましたか？

（ ）

○タバコ、飲酒はされますか？ いいえ・はい

タバコ_____本/日×_____年間 お酒_____ml/日 種類（ ）

○女性の方へ

妊娠されていますか？ いいえ・はい（ ）週目 ・可能性あり

授乳中ですか？ いいえ・はい（ ）ヶ月児