

# 問 診 票

ID: \_\_\_\_\_ 年 月 日

ふりがな		生年月日	大 昭 平 令	年 月 日	才	男 女
氏 名		体温	°C	子供の場合	体重	kg
該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを付けてお答えください。						

- 熱がある  せきが出る  たんが出る  寒気
- 鼻水が出る (  透明または白  黄色または緑  水性  粘性 )
- 吐き気  下痢  便秘  胃の調子が悪い  食欲がない
- 胸が苦しい  胸の圧迫感  動悸  息苦しい
- 頭痛  のどが痛い  関節痛  腹痛  胸が痛い  その他の痛み( \_\_\_\_\_ )
- 湿疹  かゆみ  めまい  だるい  むくみ  不眠
- 頻尿  排尿痛  残尿感

その他 \_\_\_\_\_

症状はいつからですか？  今日から  ( \_\_\_\_\_ ) 日前から  時々  現在はない

現在または過去に患った病気はありますか。  ない  ある

- 「ある」とお答えの方  糖尿病  高血圧症  前立腺肥大症  心臓疾患(不整脈)  肝臓疾患  
 脳疾患  高脂血症  その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご家族で現在または過去に以下の病気を患った方はいますか？  いない  いる

- 「いる」とお答えの方  高血圧  糖尿病  脳疾患  癌

現在、飲んでいる薬はありますか？  ない  ある

- 「ある」とお答えの方 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )  
 ※お薬手帳を持参された方は記入不要です。

お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？  ない  ある

- 「ある」とお答えの方 薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 食品名 ( \_\_\_\_\_ )

手術をされたことはありますか？  ない  ある

- 「ある」とお答えの方 いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) 部位 ( \_\_\_\_\_ )

食事はされて来ましたか？  はい (食べ始めの時間 : \_\_\_\_\_ )  いいえ

お酒をのみますか？  飲む ( 毎日 ・ 時々 )  いいえ

タバコは吸いますか？  吸う (1日 本)  吸っていた (喫煙歴 年)  吸わない

女性の方へ  妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月)  妊娠の可能性あり  授乳中 最終生理 (いつ頃 \_\_\_\_\_ )

何かありましたら書いて下さい。  
 \_\_\_\_\_