

問診票

氏名 _____

◆今日はどのような症状でいらっしゃいましたか？あてはまる症状にチェックを付けて下さい。

発熱 咳・痰 鼻水 胸痛 動悸・息切れ 呼吸困難 体重減少 便秘

下痢 腹痛 倦怠感 食欲不振 吐き気 嘔吐(回) 発疹 めまい

血圧が高い(/) 検診で異常を指摘された その他()

◆今回の症状の経過、その他、気になることがあればご記入ください。

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい〔病名 _____〕

◆今服用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳ご持参の方は記入不要です、ご提示下さい。

いいえ・はい〔お薬名 _____〕

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい〔薬 _____〕〔食べ物 _____〕

◆今までにかかったことのある病気はありますか？

いいえ・はい〔病名 _____ いつ頃 _____〕

◆お酒は飲みますか？ いいえ・はい (1日 _____ mL)

◆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)

●女性の方だけお答え下さい●

☆妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい (_____ 週目)

☆授乳中ですか？ いいえ・はい