

問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
氏名	様	年齢	才	性別	男・女	
住所	〒	身長	cm	体重	kg	
		電話番号	自宅： _____ 携帯電話： _____			

◆当院へ来院されたきっかけを教えてください。

- 近いから 知り合い・薬局から聞いた 家族が通院している 医院前の看板 電柱広告
 ホームページ 紹介： _____ 様 その他： _____

◆本日はどうされましたか？

- 熱がある 又は 風邪症状がある 体温 (_____ °C) いつ頃から (_____ 日前)
 のどが痛い 咳・痰がでる 頭痛 関節・筋肉痛 味・においがわからない
 (※上記の症状がある方は、まずお電話 (03-5426-3183) にてご連絡ください。)

- 胸痛 胸の圧迫感 むくみ 発疹がでた 動悸・息切れする 腹痛 胃痛
 食欲不振 嘔吐した 下痢気味 腹が張っている感じ 高血圧 トイレに近い
 めまい 血糖値が高い 糖尿病が心配
 健康診断で異常を指摘された (血糖値・血圧・高脂血症・腎機能) その他 (_____)

◆薬を飲んで体調が悪くなったことがありますか？

- いいえ はい⇒お薬名 (_____)

◆現在、服用中のお薬があれば教えてください。

- ない ある⇒お薬名 (_____)

◆現在、治療中の病気、または過去にかかった病気はありますか？

- 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 前立腺肥大症 喘息 その他 (_____)

◆アレルギーはありますか？

- いいえ はい⇒ (種類： _____)

◆輸血をしたことはありますか？

- いいえ はい

◆女性の方へお聞きします。

- 妊娠中ですか？ いいえ はい⇒ (_____ ヶ月)
 授乳中ですか？ いいえ はい

◆嗜好品はありますか？

- 特になし タバコ⇒ (1日当たり _____ 本・喫煙年数 _____ 年) コーヒー 酒 健康食品