

# 《 問 診 票 》

お名前

男 ・ 女 （ 才 ）

身長

cm

・ 体重

kg

・ 体温

°C

1) ・いつ頃どのような症状でお困りですか？

いつ頃からですか （ 年 月 日 から ）

症状

また、次のうち現在あてはまるものにチェックしてください。

- |                                |                             |                                |                             |                             |                               |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 便秘    | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> お腹がはる | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 吐き気  |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 咳  | <input type="checkbox"/> 痰     | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 血便 | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> めまい   | <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 胸が痛い  | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 胃痛   |

2) ・現在治療中の病気はありますか？

ある 病 （ ） ない

3) ・現在服用している薬はありますか？

ある 薬 （ ） ない  
（ ）

4) ・手術を受けたことがありますか？ （ はい ・ いいえ ）

「はい」の方で…当院で 年頃 病名 （ ）

「はい」の方で…他院で 年頃 病名 （ ）

5) ・今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃ですか？

いつ頃	いつ頃
虫垂炎( )	肝臓病 ( )
腎臓病( )	心臓病 ( )
高血圧( )	糖尿病 ( )
胃潰瘍( )	喘息 ( )
その他( )	

6) ・今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ （ はい ・ いいえ ）

「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前 ( )  
( )

7) ・女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか。 （ はい { } ヶ月 ・ いいえ ） 授乳中ですか （ はい ・ いいえ ）

最終月経 （ 月 日 ~ 月 日 ）

8) ・タバコは吸いますか？

はい(1日 本位 ) いいえ 以前吸っていた

9) ・お酒は飲みますか？

飲まない 時々飲む 毎日飲む ( どのくらい )

\*ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼びいたしますので、受付にお持ちください。