

# 《 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。