

# 問 診 票

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳 男・女  
〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

1. 熱はありますか？（ある・あると思う・ない・分からない）

具体的にわかる方はお書き下さい（ \_\_\_\_\_℃）

【 38.5℃以上の方は申し出てください 】

2. どこがどのように具合が悪いのですか？

.....

.....

それは、いつからですか？ : .....

そのことでどちらかの医師の診察を受けていますか？（はい・いいえ）

病院／医院名 : .....

病名および服用薬剤 : .....

3. 今までに病気、手術、外傷で通院や入院などの経験はありますか？（はい・いいえ）

病名 : .....

それは、いつからいつまでですか？ : ..... から .....まで

薬剤名 : .....

4. 食物や薬品のアレルギーはありますか？（ある・ない）

食品、薬品名 : .....

5. 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。

便通 : 快便・下痢・便秘（ \_\_\_\_\_日に \_\_\_\_\_回）

たばこ : 吸わない・吸う（1日に \_\_\_\_\_本）

酒 : 飲まない・飲む（種類 : .....

量 : 1回 \_\_\_\_\_杯を毎日・週に数回・月に数回）

6. 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？（ある・ない）

最終月経はいつですか？（ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）

授乳中ですか？（はい・いいえ）

7. その他、何かご質問やご相談がありましたらどうぞ。

.....

.....