年　　月　　日

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下さい】

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ところを選んで下さい。

   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？（ ある ・ ない ）　　最終月経は？（ .....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。

   .....

   直接先生と話す.....

≪ご協力ありがとうございました≫

須田診療所
SUDA MEDICAL CLINIC