

問診票

平成 年 月 日

フリガナ

診察券番号

氏名

様 (歳)

男/女

体温

℃

●具合の悪いところを記入して下さい

どこがどのように悪いですか？

[]

いつからですか？

[]

●今回の症状でどちらかの医院、病院にかかりました？

いいえ はい 年 月 日から にかかっている

●今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックして下さい

高血圧 肺炎 糖尿病 肝臓病 喘息 腎臓病 心臓病
脳卒中 結核 緑内障 前立腺肥大 がん ()
その他 (病名)

●現在、飲んでいる薬はありますか？わかる範囲で記入して下さい

お薬手帳がある方はご提示ください

なし あり [薬品名]

●今までに手術、入院したことはありますか？

なし あり [病名といつ頃かを記入して下さい]

●薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーはありますか？

なし あり ()

●たばこ 吸わない 吸う (本/1日) 過去に吸っていた (年前まで 本/1日)

●酒 飲まない 飲む (何を1日どれくらい)

●女性の方へ

妊娠している可能性は ない ある

●その他、何かありましたら記入して下さい