

問診票

ID; _____

記入日: 年 月 日

フリガナ			生年月日		
お名前			明・大 昭・平	年 月 日	
お電話	() -	年齢	才	性別	男・女
ご住所	〒 -				

❖ 今日はどうされましたか。

❖ これまでに大きな病気かかったことはありますか。

ある(病名:) ない

❖ 今治療中の病気はありますか。

ある(病名:) ない

❖ 薬や食べ物にアレルギーはありますか

ある(薬・食べ物の名前:) ない

❖ お酒やたばこは1日どれくらい飲まれますか

日本酒: 合/日 ビール: ml/日 たばこ: 本/日

❖ ご家族で大きな病気にかかった方はおられますか

(父・母・兄弟・姉妹)(病名:)

❖ 女性の方へ

現在妊娠中 現在授乳中 いずれでもない

※ お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい

お熱のある方へ

お名前: _____ 年齢: _____ 歳

体温: _____ 度

以下の質問にお答え下さい。また該当する項目の□に✓を入れて下さい。

*いつから発熱がありますか。

今日(の 時頃)から 昨日(の 時頃)から

2日前から 3日前から

4日以上(日前)から

*強いだるさや息苦しさはありますか

はい いいえ

*持病はおもちですか。

糖尿病 心臓病

呼吸器の病気 リウマチ

その他()

いいえ

*ステロイドや免疫を抑えるお薬を飲んでいませんか。

はい(薬剤名:) いいえ

*2週間以内に海外に行かれましたか

はい いいえ