

問診表

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
住所	〒				
TEL				体温	℃

今日はどうのような症状で来院されましたか？

いつから : ()
 どこが : ()
 どのような症状 : ()

現在、治療中の病気がありますか？

ない・ある : 高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・脳梗塞・脳出血・緑内障・前立腺肥大・
 精神疾患・リウマチ・甲状腺・腎臓病・肝臓病・肺
 その他 ()

現在、内服しているお薬がありますか？

ない・ある : ()

現在、使用している注射がありますか？

ない・ある : ()

薬や食べ物でアレルギーがありますか？

ない・ある : 薬 ()
 食べ物 ()

今まで入院治療や手術を行ったことがありますか？

ない・ある : ()

たばこは吸いますか？

吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 吸う 1日_____本

お酒は飲みますか？

飲まない・飲む : (時々 ・ 毎日)

妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

感染症はありますか？ いいえ ・ はい

当院を受診したきっかけは何でしょうか？

知人の勧め () さん) ・ インターネット ・
 その他 ()