

問 診 表

ID _____ 診察前体温 _____ 度

フリガナ	生年月日	年齢： 歳	男・女
氏名	T・S・H・R 年 月 日		
〒		電話： () -	
住所：		携帯： - -	
		緊急連絡先： - -	
		(続柄：)	

下記の項目について記入、もしくは○で囲んで下さい。

1) どのような症状ですか？

いつから :
症 状 :

- | | | | | | | |
|-----|-------|-----|--------|------|-----|-----|
| 不整脈 | 動悸 | 胸痛 | 息苦しさ | めまい | 血圧 | その他 |
| 発熱 | のどの痛み | 鼻汁 | 咳 | 痰 | () | |
| 頭痛 | 関節痛 | 悪寒 | 身体のだるさ | | | |
| 腹痛 | 下痢 | 吐き気 | 嘔吐 | 食欲不振 | | |

2) 今までに入院するような大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名または手術名 :)

3) 今までに生活習慣病を指摘されたことはありますか？

いいえ ・ はい (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ その他)

4) アレルギーはありますか？

- a) 食べ物 : いいえ ・ はい (卵 ・ そば ・ その他)
- b) 薬 : いいえ ・ はい (ピリン ・ ペニシリン ・ その他)

5) 今、服用している薬はありますか？

いいえ ・ はい (医師処方 ・ 市販薬)

「はい」に○をつけた方は、お薬手帳を受付に渡すか、薬の名前を記入してください。

6) タバコは吸いますか？ いいえ ・ はい お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい

7) 女性の方にうかがいます

妊娠されていますか？ いいえ ・ はい (月) ・ 可能性あり

現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい