

# 問 診 票

I D		患者さまから知り得た情報は診療にかかわる目的以外には利用いたしません			
フリガナ					
氏 名		年 令	才	性 別	男 ・ 女
住 所	(〒                      )				
電 話	(            )            -	生年月日	明治	大正	年      月      日生
携帯電話	(            )            -		昭和	平成	
緊急連絡先	(            )            -	ご家族・職場・その他 (                      )			

下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので詳細にご記入下さい  
(該当番号を○で囲んでください)

受診時体温 \_\_\_\_\_ °C

1. 本日はどうされましたか
  1. 発熱 (                      °C)    2. 頭痛    3. 喉の痛み    4. せき    5. 鼻水    6. 痰
  7. 腹痛    8. 吐き気    9. 下痢    10. 便秘
  - その他 (                      )
2. いつからですか
  1. 今日    2. 昨日    3. \_\_\_\_日前    4. 1週間前    5. 2週間前    6. その他
3. 今までに次の病気にかかったことがありますか
  1. 喘息            2. 高血圧    3. 糖尿病    4. 高脂血症    5. 心臓病    6. 脳卒中    7. 肝臓病
  8. 腎臓病    9. その他 (                      )
  - 内服薬 (                      )
4. 上記以外に重い病気にかかったり、手術を受けたことがありますか
  1. ある    病 名 (                      ) いつ (                      )    2. ない
5. 今までに薬や食べ物などで、発疹ができたり、気分が悪くなったりしたことがありますか
  1. ある    薬 名 (                      )    2. ない    3. わからない
  - 食べ物 (                      )
6. 家族の方でアレルギー体質やアレルギー性疾患があるとされた人がいますか
  1. はい    2. いいえ    3. わからない
7. けいれんを起こしやすい体質ですか
  1. はい    2. いいえ    3. わからない
8. 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか
  1. はい    2. いいえ
9. アルコールを飲まれますか
  1. はい    1日 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日    2. ときどき    3. いいえ
10. タバコを吸われますか
  1. はい    1日 \_\_\_\_\_ 本 週 \_\_\_\_\_ 日    2. ときどき
  3. いいえ

**《女性の方へ》**

1. 妊娠していますか、または可能性はありますか
2. 授乳中ですか
  1. はい    2. いいえ
3. あなたの一番最近の月経はいつですか

はい (      ケ 月 )	はい	いいえ
-----------------------	----	-----

生理の周期    定期    ・    不定期
月    日頃 ~    月    日頃

# 問 診 票

ありがとうございました