

【問診票】（わかる範囲でお答え下さい） 年 月 日

フリガナ
お名前 _____（男・女）

生年月日 _____年 月 日（ 歳）

1. いつ頃から、どのような症状でしたか。

いつ頃から（ _____ ）
どのような症状ですか

2. 現在、他の病院にかかっていますか。（いいえ・はい）

いつ頃から（ _____ ）
病名は（ _____ ）

3. 現在、服用している薬はありますか。（無・有）

薬の名前がわかれば記名して下さい（ _____ ）

4. 薬・食物のアレルギーはありますか。（ない・ある）

薬品名・食品名（ _____ ）

5. 過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか。（いいえ・はい）

いつ頃から（ _____ ）
病名（ _____ ）手術は（有・無）

6. お酒は飲みますか、たばこは吸いますか。

[お酒] 飲まない・以前は飲んでた・飲む（何を _____ どの位 _____ ）
[たばこ] 吸わない・以前は吸っていた・吸う（1日 _____ 本 _____ 年間）

7. 3ヶ月以内に海外への渡航歴、または移住歴はありますか。（ない・ある）

ありの場合 ⇒ 時期（月 日～ 月 日まで） 場所（ _____ ）

8. (女性の方へ)現在、妊娠・授乳はしていますか。

[妊娠] いいえ・はい・妊娠の疑いがある 出産予定日 年 月 日
[授乳] いいえ・はい

9. その他、何かありましたらご記入下さい。

(※ご記入不要です)

| 体温 | 血圧 | 脈拍 | 身長 | 体重 |
|----|--------|----|----|----|
| ℃ | / mmHg | /分 | cm | Kg |