

# 問診票

令和 年 月 日

ID:

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 年 月 日 ( ) 歳	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 -			
電話番号		職業	

● 本日はどうなさいましたか？あてはまる症状にチェックをつけてください。

- 発熱    のどの痛み    せき    鼻水  
 頭痛    腹痛    おうと    下痢    便秘    血圧が高い  
 健診    予防接種    胃カメラ    大腸カメラ  
 その他

( )

● その症状はいつ頃からありますか？

( )

● 現在治療中の病気はありますか？    なし    あり

- 高血圧    高脂血症    糖尿病    ぜんそく    緑内障    脳梗塞  
 その他

( )

● 今、飲んでいるお薬はありますか？    なし    あり

お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

お薬名 ( )

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？    なし    あり

お薬や食べ物の名前 ( )

● 今までに大きな病気、入院、手術をされたことはありますか？    なし    あり

・いつ頃 ( )

・病名 ( )

● アルコールは飲みますか？    飲まない    飲む ( 毎日 時々 )

● たばこは吸いますか？    吸わない    吸う ( 本/日 )

● 女性の方にお尋ねします。

・妊娠していますか？    ない    わからない    している ( 週 )

・授乳中ですか？    いいえ    はい