

# 問診表

平成 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 T・S・H 年 月 日生 ( 才)

ご住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 町

\_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番地

\_\_\_\_\_ マンション名

電話・携帯 ( ) \_\_\_\_\_

1. いつから、どのような症状が続いていますか。  
当てはまる項目に○をつけてください。

発熱 _____ 度	( 前から)	頭痛	( 前から)
鼻水・鼻づまり	( 前から)	のどが痛い	( 前から)
せき・たん	( 前から)	体がだるい	( 前から)
腹 痛	(上腹部・下腹部)	はきけ	( 前から)
	( 前から)	嘔吐 _____ 回	( 前から)
食欲不振	( 前から)	下痢 _____ 回	( 前から)
耳鳴り・めまい	( 前から)	むくみ	( 前から)
胸 痛	( 前から)	動悸息切れ	( 前から)
泌尿器		痔	血便
健康診断の再検査		その他	

2. 現在、他にかかっている病院、医院はありますか。

①いいえ

②はい (病院、医院名 )  
(病名 )

3. 現在、服用中の薬はありますか。

①いいえ

②はい (薬剤名 )  
お薬手帳を持っていたらご提示ください。

4. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか。

①いいえ

②はい (病名 才頃)  
(病名 才頃)

5. 今までに、薬、注射や食物でアレルギーが出たことはありますか。

①いいえ

②はい ( )

6. (女性のみ) 現在、妊娠していますか。

もしくは可能性はありますか。

①いいえ (最終月経 月 日より)

②はい ( ヶ月)

③わからない (最終月経 月 日より)

④授乳中 (生後 ヶ月)

7. 病状説明を家族に行なってもよろしいですか。

①はい

②いいえ