

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	T・S・H 年 月 日 (才)
ご住所	(〒 -)		身長 cm
			体重 kg
	TEL: 携帯:		体温 °C

1、どんな症状ですか？（症状と部位に○をつけて下さい）

全身	顔	胸	腹	尿
<ul style="list-style-type: none"> ・ 体がだるい ・ 熱が出る ・ 食欲がない ・ 体重増加、減少 ・ 湿疹、じんましん 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目のかゆみ ・ 鼻水 ・ のどの痛み ・ 口が渇く 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 咳(せき) ・ 痰(たん) ・ 胸の痛み ・ 動悸、ドキドキ ・ 脈が乱れる ・ 息苦しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹が痛い ・ はき気 ・ はく、嘔吐(おうと) ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 血便 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血尿 ・ トイレが近い ・ 排尿時痛い(膀胱炎?) ・ その他
頭	手足			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 頭痛 ・ めまい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手のしびれ、まひ ・ 足のしびれ、まひ ・ 足がはれる 	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 200px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 他院からの紹介(病院・医院) ・ 健康診断で異常を指摘された ・ 禁煙外来を希望 				

2、いつ頃から症状がありますか？()

3、大きな病気にかかったことはありますか？ (なし ・ あり) ※病名、年齢、手術、病院名を教えてください。

()

()

()

4、飲んでいる薬はありますか？ (なし ・ あり) ※お薬手帳ある方はお出しください。

()

()

5、アレルギーはありますか？ (なし ・ あり) ※薬の場合、薬剤名までわかれば書いてください。

食べ物 () その他 ()

薬 () 症状 (例:じんま疹)

6、タバコは吸いますか？ (いいえ ・ やめた ・ はい)

やめた方 → いつ頃やめましたか？ (頃)

はいの方 → (1日 本、 年間)

7、アルコールは飲みますか？ (飲まない ・ 付き合い程度 ・ 時々 ・ 毎日飲む)

時々飲む方 → (週 回)

時々・毎日飲む方 → (量:ビール ml、日本酒 合、焼酎(しょうちゅう) 杯、ウイスキー 杯)

8、女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ (いいえ ・ はい)

授乳されていますか？ (いいえ ・ はい)