

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	職業	
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		℃	

1、いつ頃から症状がありますか？ ()

2、どんな症状ですか？ (症状がある項目に○印と記載をお願いします。特につらい症状に◎印をつけて下さい。)

()発熱 家庭での一番高い体温	℃	()関節痛 筋肉痛	()血尿
()のどの痛み 程度(1+・2+)	()体がだるい	()トイレが近い	
()咳 程度(1+・2+)	()息苦しい	()排尿時痛い(膀胱炎?)	
時間帯(日中・夜間)	()胸の痛み	()体重増加・減少	
()痰 程度(1+・2+)	()動悸・ドキドキ	()湿疹・じんましん	
(透明・黄色・痰がきれにくい)	()脈が乱れる	()目のかゆみ	
()鼻水 程度(1+・2+) (透明・黄色)	()お腹が痛い	()手のしびれ・まひ	
()食欲がない	()はき気	()足のしびれ・まひ	
()水分摂取しにくい	()はく・嘔吐(おうと) (回)	()足がはれる	
()口が渇く	()下痢(回)	その他	()
()頭痛	()血便		
()めまい	()便秘		
()他院からの紹介(病院・医院)	()アレルギー性鼻炎(花粉症・通年性鼻炎)		
()健康診断で異常を指摘された	()気管支喘息(小児喘息の既往)		
()禁煙外来を希望	・インフルエンザ検査希望(する・しない)		
・周囲の人に感冒症状・胃腸風邪(有・無)	・周囲の人にインフルエンザ(有・無)		

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) 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)