

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

- ・ 周囲の人に感冒症状・胃腸風邪(有・無)
- ・ インフルエンザ検査希望(する・しない)
- ・ 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)