

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

ご氏名 _____

生年月日 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日 _____才

現住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯 _____

診察や検査の時の参考にしますので、ご記入をお願いします

1. 受診の理由はなんですか
()
2. 現在自覚症状がありますか
[ない ある ()]
3. いつ頃からですか ()
4. 他の病院にかかりましたか
[いいえ はい 病院名 ()]
5. いままでにかかった病気や現在治療中の病気があれば書いてください
病名 1. 才頃
2. 才頃
3. 才頃
6. 現在飲んでいる薬はありますか、ある場合は薬の名前または働きを書いてください
お薬手帳をお持ちの方は手帳のご提示で十分です
[ない ある ()]
7. いままでに薬で発疹やアレルギー反応が出たことがありますか
[ない ある (抗生物質 ピリン その他:)]
8. アルコールを飲みますか
[飲まない・ 毎日・ 時々 (種類 _____ 量 _____)]
9. たばこは吸われますか
[吸わない・やめた (_____年前まで 1日 _____本)・ 吸う (1日 _____本 _____年間)]
10. 過去5年間の体重の変化について
[減っている (_____kg位)・ 増えている (_____kg位)・ 変わらない]
11. 女性の方へ
妊娠中もしくは妊娠の可能性 [ある・ ない]
12. その他何か心配なさっていることがありましたらお書きください
[]