

問診票

年 月 日 ID _____

下記の質問にお答えください。

身長： _____ cm 体重： _____ Kg

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日	才
住所	〒 _____			
電話番号		携帯		

1) 今日はどのようなことで受診に来られましたか？ いつ頃からどんな症状で？

2) 手術を受けたことはありますか？

- ① ない
② ある：いつ頃（ _____ ）病名（ _____ ）病院（ _____ ）

3) 今までにかかった病気がありましたら○で囲んでください。

- ① 特にない
② ある
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 消化器系（胃・腸）
脳梗塞 ・ その他（ _____ ）

4) 現在どちらかの医療機関にかかっていますか？（かかりつけ医がいますか？）

- ① どこにもかかっていない
② 受診中の医療機関がある
医療機関名（ _____ ）病名（ _____ ）

③ 現在続けて飲んでいる薬がありますか？

***お薬手帳をお持ちの方は、必ず受付にお出してください。
お薬手帳をお持ちでない方は、薬の名前をお書きください。**

ない ・ ある・・・わかればその薬の名前（ _____ ）

5) 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

- ① ない ・ ② ある・・・（ _____ ）

6) ① アルコール： 飲まない ・ 飲む（種類： _____ ）量（1日 _____ ）

② タバコ： 吸わない ・ 吸う（1日 _____ 本）

ありがとうございました。

血圧： _____

脈拍： _____

体温： _____