

問診票 平成 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	大・昭・平 年 月 日	才
住所	〒			
電話番号		携帯		

1) 今日どのようなことで受診にられましたか? 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?

・ない

・ある: いつ頃 ( ) 病名 ( ) 病院 ( )

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。

・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・喘息 ・胃潰瘍

・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?)

・どこにもかかっていない

・受診中の医療機関がある

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ ) 病名 ( \_\_\_\_\_ )

そこから処方されているお薬 ( \_\_\_\_\_ )

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ ) 病名 ( \_\_\_\_\_ )

そこから処方されているお薬 ( \_\_\_\_\_ )

・その他、現在続けて飲んでいる薬がありますか?

ない

ある・・・わかればその薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

6) 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?

・ない

・ある・・・ ( \_\_\_\_\_ )

7) ・アルコール: 飲まない・飲む(種類: \_\_\_\_\_)量(1日 \_\_\_\_\_)

・タバコ: 吸わない・吸う(1日 \_\_\_\_\_本)

**\*お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください\*** ありがとうございました。

血圧: \_\_\_\_\_ 脈拍: \_\_\_\_\_ 体温: \_\_\_\_\_