

# 問診票

記載年月日 年 月 日

(ふりがな) 男  
お名前 女 生年月日 年 月 日 ( 歳)

〒 住所

電話番号 携帯電話

1. 今日はいつ頃から、どのような症状でおこしてしょうか。  
いつ頃( ) 症状( )
2. 現在治療中の病気、今までかかったことのある病気などありますか。  
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 脳出血 ・  
脳梗塞 ・ 肝臓病 ・ 喘息 ・ 結核 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障  
その他 ( )
3. 現在、通院している他の病院はありますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」とお答えの方へ、病院の名前をお書きください ( )
4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )
5. 本日お薬手帳をお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )  
「いいえ」とお答えの方へ、お薬で分かるものがあればお書きください。  
( )
6. お薬や注射などでアレルギー症状をおこしたことはありますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」とお答えの方へ、その症状とお薬や注射などで名前が分かるものがあればお書きください  
( )
7. タバコは吸いますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」とお答えの方へ、どのくらい吸われますか？ 1日( )本 ( )年
8. お酒は飲みますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」のお答えの方へ、どのくらい飲みますか？ ( )を1日( )くら  
い
9. 女性の方へ、現在妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ )
10. その他、何かございましたらお書きください

