

# 問診票

ID: \_\_\_\_\_

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_

体温: \_\_\_\_\_℃

生年月日: 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_歳)

〒

住所 \_\_\_\_\_

固定電話番号 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

性別 男・女

小学生以下の方は、

体重 \_\_\_\_\_kg

女性の方は、

妊娠の可能性: あり・なし

—

妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) 週

授乳の有無: あり・なし

—

お子様は、( \_\_\_\_\_ ) ヶ月児

1. 今日はどうなさいましたか? 症状など具体的に記入をお願いします。

[ \_\_\_\_\_ ]

その症状は、いつからですか? — \_\_\_\_\_日前から、または \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日ごろから

2. 現在治療中の病気や、これまでにおかかりになった病気はありますか?

・いいえ

・はい — 糖尿病、高血圧、高脂血症、胃潰瘍、ぜんそく、心臓病、脳梗塞、結核、甲状腺疾患  
前立腺肥大症、緑内障、腎障害、肝障害、B型肝炎、C型肝炎、熱性けいれん  
その他

手術をしたことはありますか? はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

3. ・現在内服しているお薬はありますか?

[ \_\_\_\_\_ ]

・お薬手帳はお持ちですか?

お子様の場合: お薬の希望はありますか?

はい — 問診票と一緒にご提出ください / いいえ

—錠剤 ・ 粉 ・ シロップ

・お薬のアレルギー (体に合わない薬など) はありますか? はい ・ いいえ  
薬名 ( \_\_\_\_\_ )

・食べ物のアレルギーはありますか? はい ・ いいえ  
種類 ( \_\_\_\_\_ )

4. 飲酒、喫煙はされますか? はい ・ いいえ

飲酒: \_\_\_\_\_を \_\_\_\_\_ml/日

喫煙: \_\_\_\_\_本/日を \_\_\_\_\_年間