

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大昭平年月日(歳)
氏名	(男・女)		
住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	
		<input type="checkbox"/> 携帯	
		<input type="checkbox"/> 勤務先	
		<input type="checkbox"/> 連絡先	

1. 今日はどのような症状で来院されましたか

発熱 鼻水 鼻づまり 咳 のどの痛み 痰(色) 頭痛 めまい 寒気 関節痛
 腹痛 胃痛 吐き気 嘔吐(回) 下痢(回)
 胸が苦しい 背中が痛い 呼吸が苦しい 動悸 喘息 血圧が高い
 健康診断再検査 その他()

いつごろからその症状がありましたか

2. 今までに以下の病気にかかったことはありますか

高血圧 脂質異常症 糖尿病 心臓病 脳梗塞 脳出血 肺炎 肺結核 胃潰瘍
 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 喘息 その他()

3. 手術を受けたことはありますか

はい 病名() 年齢()
 いいえ

4. 現在治療している病気がありますか

高血圧 脂質異常症 糖尿病 心臓病 喘息 緑内障 脳疾患
 その他()

5. 現在内服しているお薬があれば記入してください(お薬手帳をお持ちの方はご用意下さい)

6. 今まで飲み薬、注射、食べ物などで具合が悪くなったり、発疹がでたことはありますか

はい ·ピリン ·抗生物質 ·造影剤 ·麻酔剤 ·その他
 (薬品名)
 (食品名)
 いいえ

7. アレルギーはありますか

はい() いいえ

8. ジェネリック医薬品をご希望ですか

はい いいえ

(ジェネリック医薬品とはこれまで効果や安全性が実証されてきたお薬と同等と認められた低価格のお薬です)

9. その他

喫煙されていますか はい(本/日) いいえ
 飲酒されますか はい いいえ

※女性の方のみにお聞きします

現在妊娠されていますか はい(ヶ月) いいえ
 現在授乳中ですか はい いいえ