

問 診 票

ふりがな
氏名 大・昭 生年月日 平・令 年 月 日 (才 ヶ月) 男・女

住所 (〒 -)

電話番号 ① () - (自宅・携帯・その他:)
② () - (自宅・携帯・その他:)

■ 今日は、どのような症状があつて来られましたか？（簡単に記入して下さい）

■ それはいつ頃からですか？ 約 () 時間・日・週間・ヶ月・年 前から

■ 今までに大きな病気で入院、手術、輸血をしたことがありますか？

ない ある (病名:) 時期:)

■ 現在通院中の病気や処方されている薬はありますか？（点眼薬やぬり薬等もお書きください）

ない ある (病名:)
(薬剤名:)

■ 血縁者で下記の病気の方がいらっしゃいますか？（該当する疾患名に○をして下さい）

糖尿病 高血圧 高脂血症 脳卒中 心臓病 悪性腫瘍（癌）
喘息 結核 肝臓病 腎臓病 自己免疫性疾患（リウマチ等）

■ 今まで薬や注射で異常が出たことはありますか？

ない ある (薬品名:) 症状:)

※食べ物など、薬以外でも何かアレルギーがあれば下記にご記入下さい。

()

■ 喫煙していますか？ 喫煙していない 喫煙している (約 本/日) 禁煙した (年前)

■ 習慣的に飲酒していますか？ ほとんど飲まない 機会飲酒 毎日飲酒する (飲酒量:)

■ 現在の体重 _____ kg

■ 女性の方へ

現在妊娠していますか？

- ・ 妊娠の可能性はない
- ・ 妊娠している可能性がある → 最終月経開始日 _____ 月 _____ 日
- ・ 現在妊娠している → 妊娠 _____ 週

授乳中ですか？ はい いいえ