

番号:

体温(. °C)

平成 年 月 日

体重(小学生以下)

kg

問診票

フリガナ				性別 男・女
お名前				
生年月日				
明・大・昭・平	年	月	日	ご年齢 才
ご住所	電話			
〒	()	-		

ご用件をお聞かせください

- ・ご診察 ・お薬のご希望 ・お注射のご希望 ・健康診断 ・予防注射 ・転医希望
- ・セカンドオピニオンのご相談 ・禁煙外来 ・AGA ・ED ・アンチエイジング
- ・その他()

1. 診察でお越しの方で、ご様子をお書きください

- ・熱がある ・喉が痛い ・鼻水/鼻づまり ・咳 ・痰 ・頭痛 ・関節痛
- ・頭痛が続く ・めまいがする
- ・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・胸の圧迫感 ・顔や体のむくむ
- ・腹痛 ・お腹がはる ・下痢 ・吐き気 ・食欲がない ・血便 ・便秘
- ・その他()

それはいつからですか？

昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前()

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ある ・ ない

「ある」とお答えになられた方で、ご病気につきましてお書きください

- 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症 / 心筋梗塞 ・ 脳卒中
- その他()

3. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？

ある ・ ない

「ある」とお答えになられた方で、お薬につきましてお書きください

()

または、お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい。

4. お薬や食物などについて、アレルギーはお持ちですか？

ある ・ ない

「ある」とお答えになられた方で、アレルギーにつきましてお書きください

()

5. 妊娠中または授乳中ですか？ はい(妊娠 ヶ月) ・ はい(授乳中) ・ いいえ ・ 不明

6. お酒は 飲む・飲まない タバコは一日に 本・吸わない

7. 現在おかかり病院はありますか？

病院名

ご病気

() ()