

問 診 票

住 所 _____ 電話番号 _____ - _____

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女 体重 _____ . Kg

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？
 <例：熱がある、咳が止まらない、お腹が痛い、皮膚がかゆい・・・>

いつ頃からですか？ _____

2. 現在、他院に通院中で、服用されている薬がありますか？ いいえ

・はい・

病名は？ _____

薬品名は？ _____

3. 今までに大きな病気やけがをされたり、手術を受けられたことがありますか？ いいえ

・はい・

病名あるいはその手術名は？ _____

いつ頃の事ですか？ _____

輸血はされましたか？ _____

はい いいえ

4. 今までに飲み薬や注射で気分が悪くなったり、アレルギーやショックを起こされたことがありますか？ いいえ

・はい・

薬品名は？ _____

それはいつ頃の事ですか？ _____

5. 今までに、ぜんそく、じんましん、アトピーや花粉症などのアレルギー疾患の診断を受けられたことがありますか？ いいえ

・はい・

病名は？ _____

それはいつ頃の事ですか？ _____

6. ご家族の方でアレルギー疾患、高血圧、糖尿病、脳卒中、がん、腎臓病、リウマチなどのご病気の方がいらっしゃいますか？ いいえ

・はい・

(例：祖父 胃がん、父 糖尿病、母 胆石症、妹 花粉症)

7. たばこをお吸いになりますか？ はい _____ 本/日 x _____ 年 いいえ

8. アルコールをお飲みになりますか？ はい _____ 合/日 x _____ 年 いいえ

★ 最後に女性の方にうかがいます。現在、妊娠もしくは授乳されていますか？ いいえ

・はい・

妊娠 _____

週 _____

生後 _____

ヶ月 _____