

《 問 診 票 》

来院日： 年 月 日

来院時体温： °C

フリガナ		生 年 月 日	年齢	男
氏 名		年 月 日	歳	女
電話番号	① ②	身長	cm	体重 kg
住 所	〒			

マル

あてはまるものに○、又は記入してください。

1. 本日は、どのような症状で来院されましたか？

いつ頃から ()

どのような症状 ()

2. 現在までに指摘または治療した病気があれば教えてください。

なし ・ あり → 高血圧症 心臓病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血

糖尿病 喘息 肝臓病 緑内障 がん

その他 ()

3. 現在、服用中のお薬はありますか？

なし ・ あり → (薬の名前)

お薬手帳をお持ちの方は受付に提出して下さい。

4. お薬などのアレルギーはありますか？

なし ・ あり → ()

5. 輸血したことはありますか？

なし ・ あり

6. 1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

なし ・ あり → (国名)

7. タバコは吸いますか？

吸う → 歳から 約 年間 1日平均 本

吸わない or やめた → 禁煙歴 約 年 ヶ月

8. アルコールは飲みますか？

飲む → 何を 週 回 1回平均量 ml

飲まない or やめた → 禁酒歴 約 年 ヶ月

9. 最近の体重の変化・食欲・便通について

体重 … 変化なし 増加 ・ 減少 → ヶ月で kg

食欲 … あり 食べられない 食べ過ぎ

便通 … 良好 便秘 下痢

女性の方へ 妊娠中 or 可能性あり ・ 妊娠していない

授乳中 ・ 授乳していない