

問診表

ふりがな / 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
お名前 / 年齢 歳 / 男・女 / 身長 cm / 体重 kg
〒 電話番号 自宅
ご住所 携帯

1) 右の図で、本日診察を希望される場所を○で囲んで下さい →

2) 症状が出たのはいつからですか？

()

3) どのような症状ですか？

()

4) 今回のこの症状について、何か治療したことがありますか？

ない ・ ある

ある場合、どのような治療をしましたか？ 病院名や薬の名前などがお分かりであれば書いて下さい

()

5) アレルギーはありますか？

ない ・ 分からない ・ ある

ある場合、薬の名前や食べ物など、どんなものにアレルギーがあるのか書いて下さい

()

6) 現在 治療中の病気はありますか？ ない ・ ある

ある方はあてはまるものに○をつけて下さい また、飲んでいる薬がありましたら書いて下さい

糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 肝炎 ・ 緑内障 ・ 花粉症

その他 ()

受診科 ()

病院名 ()

飲んでいる薬 ()

7) 今までに大きな病気 または 手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある ()

8) ご家族で大きな病気をしている方 または 手術を受けた方がいますか？

続柄 () 病名 ()

9) 女性の方に伺います

現在、妊娠していますか？ はい(カ月) ・ 可能性 有り ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

10) 診察に際してご要望などがございましたら書いて下さい

()

ご記入をありがとうございました。ご不明な点などがございましたら診察時におたずね下さいませ

