

問診票

ID \_\_\_\_\_ 男 身長 \_\_\_\_\_ c m 職業 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 女 体重 \_\_\_\_\_ k g 体温 \_\_\_\_\_ °C

1. どの具合が悪くて受診なさいましたか？

- |                                 |                                 |                                  |                                      |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある   | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る  | <input type="checkbox"/> 咳が出る    | <input type="checkbox"/> 痰が出る        | <input type="checkbox"/> のどが痛い  |
| <input type="checkbox"/> 胸が痛い   | <input type="checkbox"/> 動悸がする  | <input type="checkbox"/> 息が切れる   | <input type="checkbox"/> 息苦しい        | <input type="checkbox"/> ぜいぜいする |
| <input type="checkbox"/> 胸やけがする | <input type="checkbox"/> 吐き気がする | <input type="checkbox"/> お腹が痛い   | <input type="checkbox"/> 下痢          | <input type="checkbox"/> 便秘     |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない  | <input type="checkbox"/> だるい    | <input type="checkbox"/> めまい     | <input type="checkbox"/> 頭が痛い        | <input type="checkbox"/> 眠れない   |
| <input type="checkbox"/> 首すじが痛い | <input type="checkbox"/> 背中が痛い  | <input type="checkbox"/> 腰が痛い    | <input type="checkbox"/> 禁煙外来        | <input type="checkbox"/> 紹介状を持参 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断   | <input type="checkbox"/> にんにく注射 | <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 | <input type="checkbox"/> プラセンタサプリメント |                                 |
| <input type="checkbox"/> A G A  | <input type="checkbox"/> E D    | <input type="checkbox"/> 舌下免疫療法  | <input type="checkbox"/> その他         |                                 |

※いつ頃からですか？

- 今日 ( \_\_\_\_\_ ) 時頃       昨日 ( \_\_\_\_\_ ) 時頃       2～3日前       1週間前  
 10日前       2～3週間前       1ヶ月前       その他

※その症状にて他の病院で診察を受けましたか？      受けない・受けた

2. 現在服用しているお薬はありますか？      ない・ある

お薬手帳はありますか？      ない・ある・忘れた

3. アレルギーはありますか？      ない・ある

(薬のアレルギー： \_\_\_\_\_ )  
 (その他のアレルギー： \_\_\_\_\_ )

4. 今日、お食事はしてきましたか？      いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ ) 時頃に食べた

5. 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？      いいえ・はい・わからない

授乳中ですか？      いいえ・はい

6. 今までに何か病気で治療 (入院・通院) をしたことがありますか？

ない・ある

(病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) (病院名 \_\_\_\_\_ )

(病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) (病院名 \_\_\_\_\_ )

7. 今までに手術を受けたことはありますか？

ない・ある

(何の手術ですか？ \_\_\_\_\_ ) いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) (病院名 \_\_\_\_\_ )

8. アルコール 飲まない・時々飲む・毎日飲む

9. たばこ 吸わない・ ( \_\_\_\_\_ ) 歳にやめた・吸う1日約 ( \_\_\_\_\_ ) 本 ( \_\_\_\_\_ ) 歳頃から