

ID _____

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	大・昭	年	月	日
お名前		女	年齢	平・令			歳
ご住所	〒						
お電話	自宅	-	-	携帯	-	-	ご職業
身長		cm	体重		kg	体温	℃

1. 症状を具体的にお書きください。

- ① いつ頃からですか？：
- ② どのような症状ですか？ ○で囲んでください。
- ・発熱（ ℃） ・頭痛 ・のどの痛み ・関節痛 ・咳 ・たん ・鼻水 鼻づまり
 - ・悪寒 ・だるさ ・動悸 ・息切れ ・めまい ・むくみ ・吐き気 ・食欲不振
 - ・腹痛 ・便秘 ・下痢 ・排尿障害 ・睡眠障害
- ③ その他症状や伝えたいこと：

2. 現在治療中、または過去にかかったことのある病気、手術歴はありますか？

- ① なし ② あり …… 病名・手術歴： _____ いつ頃： _____

3. あなたの血のつながった方に、下記の病気の方がいますか？ 続柄もお書きください。

- ① いない ② いる …… 高血圧（ ） 脳卒中（ ） 心臓病（ ） 精神病（ ）
糖尿病（ ） 腎臓病（ ） 肝臓病（ ） 癌（ ）
喘息（ ） 結核（ ） 尿酸高値（ ） 脂質異常（ ）

4. 常に飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。

- ① なし ② あり …… 具体的に何ですか？： _____

5. お薬や食べ物のアレルギーがありますか？

- ① なし ② あり …… お薬： _____ 食べ物： _____

6. ペットを飼っていますか？

- ① いいえ ② はい …… 何を飼ってますか？： _____

7. 1日のアルコール、たばこの量を、教えてください。

- ・アルコール ① 飲まない ② 飲む …… 酒： _____ 合/日 ビール： _____ 本/日（ _____ 回/週）
・たばこ ① 吸わない ② 吸う ・ 過去に吸っていた …… 本/日（ _____ 歳～ _____ 歳まで）

8. 最近、県外・海外へ行かれたか？（出張、旅行など）

- ① いいえ ② はい …… 県名： _____ 国名： _____

※いつ頃行かれたか日付もご記入ください。（ _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日）

9. (女性) 現在妊娠の可能性はありますか？ ① いいえ ② はい …（ _____ カ月） ③ 分からない

- (女性) 授乳中ですか？ ① いいえ ② はい

10. その他相談したいことはございますか？：