問診票

年　月　日

ふりがな **お名前**		男・女 お子さんの場合 kg

1) 今日はどのような症状で受診されましたか？
- ☐ 発熱（　　℃）　☐ 咳　☐ 痰　☐ 喉が痛い　☐ 鼻水/鼻詰まり
- ☐ 息苦しい　☐ 胸の圧迫感　☐ 胸が痛い　☐ 動悸　☐ 足が浮腫む
- ☐ 食欲がない　☐ 吐き気　☐ 嘔吐　☐ 下痢　☐ 腹痛
- ☐ 頭痛　☐ 関節の痛み　☐ めまい　☐ だるい
- ☐ 他院からの紹介　☐ 健康診断の相談　☐ その他（　　）

2) 症状はいつからですか？
- ☐ 今日から　☐（　　）日前から　☐ 以前（　　年　　月）から

3) 上記以外の症状などあれば、記入してください

（　　）

4) 現在治療中の病気や過去に手術・治療を受けた病気はありますか？
- ☐ なし
- ☐ あり

高血圧症　高脂血症　糖尿病　心臓病（不整脈・狭心症など）　脳卒中
喘息　COPD　痛風　腎臓病
その他（　　）

5) 現在服薬している薬はありますか？薬手帳をお持ちであれば、ご提示ください
- ☐ なし　☐ あり（　　）

6) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
- ☐ なし　☐ あり（　　）

7) 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
- ☐ なし　☐ あり（　　）

8) 生活習慣について　タバコ、お酒、ペット
- ・タバコ　☐ 吸わない　☐ 吸う、吸っていた（1日　　本　×　　歳～　　歳）
- ・お酒　☐ 飲まない　☐ 飲む

9) 女性の方にお伺いします。
- ・妊娠の有無　☐ なし　☐ あり
- ・授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい

10) その他、何かあればご記入ください。

（　　）