

問 診 票

カナ

氏名 _____ 性別 男性・女性

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 (満 _____ 歳)

住所 〒 _____

電話番号 (_____ - _____)

身長 (_____) cm 体重 (_____) kg 体温 (_____) °C

1. 本日はどうされましたか？
2. それはいつからですか？
3. 家族や周囲の方で同様の症状の方はおられますか？ いる・いない
4. これまでに大きな病気（入院、手術など）をされたことがありますか？
あり・なし
(いつ頃： _____ 病名： _____)
5. 現在、通院中の病院や医院はありますか？ あり・なし
(病院名： _____ 病名： _____)
6. 現在、服用している薬がありますか？ あり・なし
内服薬：※おくすり手帳をおもちであれば記入不要です。
7. アレルギーはありますか？ あり・なし
薬 (_____) 食べ物 (_____)
8. タバコを吸いますか？
全く吸わない・吸う (約 _____ 本/日)・やめた (_____ 年前)
9. アルコールを飲みますか？
全く飲まない・飲む (たまに・週 2-3 回程度・ほぼ毎日・毎日)
1 回の飲酒量 (何を： _____ どれくらい： _____)
10. 女性の方にお聞きします。
現在妊娠されていますか？ はい・いいえ・わからない
11. その他、なにかあればご記入ください。