問　診　票

記入日　：　　年　　月　　日

ふりがな お名前		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日生（　歳）
住　所	〒　　－	連絡先	自宅　：　－　－ 携帯　：　－　－

1　今日はどうされましたか？　（☑チェックを付けてください）

① ☐ 発熱（　　℃）　☐ せき　☐ たん　☐ のどが痛い　☐ 鼻水　☐ 嘔吐　☐ 下痢
☐ 腹痛　☐ 頭痛　☐ 血圧　☐ めまい　☐ 発疹　☐ 食思不振　☐ けいれん　☐ 呼吸困難
☐ しびれ　☐ 関節痛　☐ 打撲　☐ 捻挫　☐ 傷　☐その他（

② それはいつ頃からですか？（　　）

2　現在の状況について

① 便通　：　☐ 良好　☐ 不良　／　睡眠　：　☐ 良好　☐ 不良

② 常備薬（普段飲んでいる薬）があれば書いてください　（※お薬手帳があれば、受付へ提出して下さい）。
（

③ 現在通院中の医療機関　：　☐ なし　☐ あり　→　（　　）

☆ ④ 現在他の医療機関で入院中ではないですか？　：　☐ 入院していない　☐ 入院中　（　　）

3　これまでの状況について

① 今までに大きな病気にかかったことがありますか？　☐ なし　☐ あり
「あり」と答えた方　⇒　病名（　　）　その時の年齢（　　歳）

② 薬、注射でアレルギーはありますか？　☐ なし　☐ あり　→　薬品名　…
食べ物のアレルギーはありますか？　☐ なし　☐ あり　→　食品名　…

4　両親や兄弟など肉親が次の病気にかかったことがあれば☑をしてください

☐ ガン（部位→　　）　☐ 白血病　☐ 高血圧　☐ 脳卒中　☐ 心臓病　☐ 糖尿病　☐ 肝硬変
☐ 腎臓病　☐ アレルギー性疾患　☐ 結核　☐ 精神病　☐ その他（　　）　☐ 不明

5　喫煙　・　飲酒について

① タバコ　：　☐ 吸う（１日平均　　本）　☐ 吸わない　☐ 禁煙した（　　年前から）

② お　酒　：　☐ 飲む（１日平均　　ml/本）　☐ 飲まない　☐ 禁酒した（　　年前から）

6　女性の方のみお答えください

① 月　経　：　☐ 規則的　☐ 不順　☐ 閉経　☐ 無月経

② 現在妊娠は　：　☐ している　☐ していない　☐ 可能性あり