

問診票

体温 _____℃

ふりがな

お名前 _____

性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

年齢 才

住所 〒 _____

携帯電話(なければご自宅の電話番号) _____

① どうなさいましたか？ (当てはまる項目に○をつけてください)

【かぜ症状】

熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い ・ 倦怠感

【頭・目】

頭痛が続く ・ めまいがする

【胸・からだ】

胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 胸の違和感 ・ 胸やけ ・ 顔や体のむくみ

【お腹】

胃痛 ・ 吐き気/嘔吐 ・ 食欲がない ・ 腹痛 ・ お腹が張る ・ 下痢 ・ 便秘

【尿】

頻尿 ・ 血尿 ・ 排尿時痛

【その他】

② 症状はいつからですか？

(_____)

③ 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

病気の名前 (_____)

④ 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？ ある ・ ない

(_____)

※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください

⑤ お薬や食物などでアレルギーがでたことはありますか？ ある ・ ない

どのようなものですか？ 薬 ・ 食べ物

(_____)

⑥ お薬処方の関係上、お子様(15才以下) は直近体重を教えてください。 _____ kg

⑦ 《女性の方のみ》 現在、妊娠中ですか？ はい ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

⑧ タバコは吸っていますか？ はい → 1日 _____ 本 _____ 年間

いいえ・やめた → _____ 年前 1日 _____ 本 _____ 年間

⑨ 飲酒しますか？ はい → _____ を _____ ml _____ 回/ 週 or 月

いいえ

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答 可)

近所に在住・ホームページ・広告(電柱広告)・知人の紹介・その他 (_____)