問診票

ご記入日　　年　　月　　日

ふりがな
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢　　歳

□1. 男性　□1．女性　身長　　cm　体重　　kg

Q1．本日、どのような症状でいらっしゃいましたか？

Q2. その症状がでてから本日までの経過をご記入ください。

Q3. 今回の病状について、他の病院を受診しましたか？　□はい　□いいえ
- いつどちらを受診しましたか？　月　日　病院・診療所・クリニック
- どんな病気といわれましたか？
- 薬を処方されていたらその名前は？

Q4. 今までにかかった病気や手術についてご記入ください。

歳頃：病名　　歳頃：病名

Q5. 今までに以下の病気を指摘されたことがありますか？
- 高血圧　□ない　□ある　血圧の薬　□飲んでいない　□飲んでいる　□以前飲んでいた
- 糖尿病　□ない　□ある　治療　□ない　□ある
- 喘息　□ない　□ある　治療　□ない　□ある
- 緑内障　□ない　□ある　治療　□ない　□ある
- 癌　□ない　□ある　（臓器・肺・食道・胃・大腸・その他（　））

Q6. 普段から内服している薬（常用薬）がありましたらご記入ください。

Q7. これまでに薬で副作用が出現したことがありましたか？　□ない　□ある
- 薬品名　：
- 症状　：

Q8．女性の方のみお答えください。
- 妊娠している可能性はありますか？　□はい　□いいえ
- 授乳中ですか？　□はい　□いいえ
- 直近の月経開始日はいつですか？　月　日

＊今回の受診に際してご希望がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付へお出しください。