

# 問 診 表

記入年月日 年 月 日

|              |   |  |     |                |     |     |
|--------------|---|--|-----|----------------|-----|-----|
| フリガナ         |   |  |     | 生 年 月 日        |     |     |
| 氏 名          |   |  |     | 明大<br>昭平 年 月 日 |     |     |
| 電 話<br>自宅/携帯 | / |  | 年 齢 | 才              | 性 別 | 男・女 |
| 住 所          |   |  |     |                |     |     |

- 症状を教えてください ( いつから どういった症状 )
- ここに来院される前に他の病院に行きましたか  
行った ( ) 科)  
行ってない
- 現在薬を飲んでいますか 最近まで飲んでいた場合も教えてください  
飲んでいる 薬・市販薬 ( )  
飲んでいない
- 過去に薬や注射などで気分が悪くなったり、ショックをおこしたことはありますか  
ある ( )  
ない
- いま自分があてはまるものに○をつけてください  
肝臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 ペースメーカー 身体障害者手帳保持
- 日常生活であてはまるものに○をつけてください  
タバコ アルコール 運転をする(車など)
- 現在、妊娠している 妊娠の可能性ある もしくは授乳中である  
妊娠中 \_\_\_\_\_ヶ月 妊娠の可能性あり 授乳中
- 乳児～小学生までお答えください。  
錠剤 粉薬 シロップ(抗生剤は粉薬) 希望のものに○をつけてください。  
1日2回 1日3回 体重 \_\_\_\_\_ kg
- 当院をどこで知りましたか?  
家族・親族から 知人から 他の医療機関 ホームページ ホームページ以外のネット  
駅に設置してある看板 自宅・職場に近い その他 ( )