

問 診 表

ふりがな	男・女	生年月日	
氏名		T・S・H・R	年 月 日(才)
〒 - 住所:		体温	
電話番号:	携帯:	体重(15歳以下の方) Kg	

- 1. 本日受診することになった、おもな症状は？** (症状を具体的に記入してください)

(いつから) (部位) (症状)

- 2. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？**

▶ いいえ ・ はい(_____)
- 3. 現在服薬している薬はありますか？** (お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出お願いいたします。)

▶ いいえ ・ はい(薬の名前: _____)
- 4. 今までに手術を受けたことありますか？**

▶ いいえ ・ はい(年 月頃 病名: _____)
- 5. 今までに薬や注射でじんましんや気分が悪くなったことなどがありますか？**

▶ いいえ ・ はい(薬の名前: _____)
- 6. アレルギーはありますか？**

▶ いいえ ・ はい(品名: _____)
- 7. たばこは吸いますか？**

▶ いいえ ・ はい(1日あたりの本数: _____ 本、喫煙年数: 約 _____ 年)

▶ 禁煙した (いつから: _____)(それまで喫煙 _____ 本/日×喫煙年数: 約 _____ 年)
- 8. アルコールは飲みますか？**

▶ いいえ ・ はい(1日あたりの摂取量: 缶ビール: _____ 本、日本酒: _____ 合)
- 9. (女性の方のみお答えください)**

▶ なにも当てはまらない ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中(_____ カ月) ・ 授乳中