

問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平
お名前		男・女		年 月 日 (歳)
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

★本日はどうされましたか？

★いつ頃から調子が悪いですか？

 頃から

★今までにかかったことがある病気を教えてください。

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血など |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> その他大きな病気 (病名: _____) | | |

★現在薬を飲んでいますか？

はい ⇒

薬の名前がわかれば記入してください。

いいえ

★手術を受けたことがありますか？

はい ⇒ (_____) 年頃 (手術した部位: _____)

いいえ

★今までに飲んだり注射した薬でアレルギーをおこしたことがありますか？

はい ⇒

原因がわかれば記入してください。

いいえ

★食べ物のアレルギーがありますか？

はい ⇒

原因がわかれば記入してください。

いいえ

★タバコは吸いますか？ はい ⇒ 1日 _____ 本 / _____ 年間 いいえ

★お酒は飲みますか？ はい いいえ

(女性の方のみ)

★現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか？

はい ⇒ 妊娠 (_____) 週 ★授乳中ですか？ はい

いいえ いいえ