

問診票

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

〒 _____
ご住所 _____

電話番号（自宅） _____ （携帯） _____
（緊急連絡先） _____ （続柄） _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

本日はどうなさいましたか？（いつ頃からどんなご様子かご記入下さい。）

[_____]

これまでかかった病気・手術や現在治療中、経過観察中の病気も含めてわかる範囲内でご記入下さい。

- 特になし
- あり _____ 歳（病名など） _____
- _____ 歳（病名など） _____

服薬中のお薬
 なし
 あり お薬手帳（有・無）

アレルギーはありますか？
薬 なし あり（薬剤名 _____）
食べ物 なし あり（食品名 _____）
その他 なし あり（ _____ ）

アルコール
 ほぼ毎日飲む たまに飲む 元々飲まない 禁酒中（ _____ 年前から）
飲酒する方：種類と量 _____ （例：ビールを 350ml / 日）

たばこ
 吸う（ _____ 本/日） 元々吸わない 禁煙した（ _____ 年前）

女性の方のみご記入下さい
妊娠の可能性 なし あり 妊娠中 授乳中
最終月経 _____ 月 _____ 日