

問診票

体温

℃

ふりがな

生年月日

お名前

(男・女)

明・大・昭・平

年

月

日

(歳)

〒

ご住所

お電話番号

1.本日はどうされましたか

いつ頃から ()

どのような症状ですか ()

2.今までに大きな病気をされたことがありますか

(はい ・ いいえ)

いつ頃 ()

どのような病気 ()

3.今までに指摘されたことのある病気に○をつけて下さい

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腫瘍

4.血縁関係(祖父、祖母、父、母、子供)の方で次の病気にかかったことがある又は、
かかっている方があれば○をつけて下さい

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腫瘍

5.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか

(はい ・ いいえ)

どのような薬・食べ物で ()

どのような症状 ()

6.アレルギー体質と言われたことがありますか

(はい ・ いいえ)

7.たばこを吸いますか

(はい ・ いいえ)

8.アルコールは飲まれますか

(はい ・ いいえ)

何を () どれだけ ()

9.常備薬はありますか

(はい ・ いいえ)

薬品名 ()

10.現在、病院にかかられていますか

医療機関名 () 病名 ()

11.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)

12.お薬の処方について

院内 ・ 院外 (薬局名)

13.その他ご相談がありましたらお書きください