

問診票

平成 年 月 日

フリガナ			
お名前		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	才
住所	〒 —		
電話		緊急連絡先	

1. いつからですか？ 体温（ . ）
今日（ 時） ・ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前（ ）

2. 今日はどうなさいましたか？

（ ）

<かぜ症状>

・ 熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い

<頭・目>

・ 頭痛が続く ・ めまいがする

小学生以下の方は体重を記入してください
（ . k g）

<胸・からだ>

・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れがする ・ 胸の圧迫感がある ・ 顔や体のむくみが気になる

<お腹>

・ 腹痛 ・ お腹がはる ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲がない ・ 血便が出た ・ 便秘

<慢性的な疾患>

・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病

<その他>

・ 健診で異常を指摘された ・ 健康診断 ・ 予防接種の希望 ・ 禁煙相談
・ その他（ ）

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症 / 心筋梗塞 ・

脳卒中 ・ その他（ ）

→治療されていますか？ している ・ していない

3. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？ ある ・ ない

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

（ ）

4. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

どのようなものですか？ 食べ物 ・ 薬

（ ）

5. （女性の方のみ）現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ （複数回答でも構いません。）

近所に在住（通勤・通学路） / ホームページ / 広告(看板・電柱広告) /

知人の紹介 / 他の医療機関からの紹介 / その他（ ）

薬袋内科クリニック