

問診票

年 月 日

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

★ 過去1か月以内に海外に滞在したことはありますか？

いいえ ・ はい 国名()

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

<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 ()

3. 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

4. 現在、飲んでいるお薬や市販薬、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。

()

5. お薬や食物などでアレルギーがで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

()

6. (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