

問診票

受診日 年 月 日

フリガナ

氏名 男・女 生年月日 年 月 日

〒 -

電話番号

住所 携帯番号 ()

下記項目について今後の重要な診療の参考となりますので詳細にご記入下さい。

問1 本日はどのような症状でいらっしゃいましたか。

いつから (年 月 日頃から)

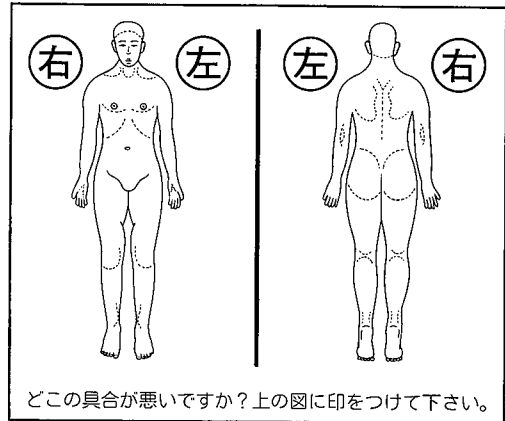
熱 (度) ・頭痛 ・咳 ・痰 ・鼻水 ・鼻づまり

・のどの痛み ・くしゃみ ・だるさ ・寒気

・関節の痛み ・腹痛 ・吐き気 ・嘔吐 ・下痢

・その他具体的に記入して下さい

()



問2 現在までに次の病気にかかったことがありますか。

- | | | | |
|--------|--------|--------|--------------------|
| 1. 喘息 | 2. 心臓病 | 3. 高血圧 | 4. じんましんなどのアレルギー疾患 |
| 5. 腎臓病 | 6. 肝臓病 | 7. 糖尿病 | 8. 異常体質 |

問3 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい ()

問4 現在までに注射、飲薬等で何か異常(局所や全身が赤く腫れたり、発疹ができたり、気分が悪くなったり、ショックになったりすることなど)が起こったことがありますか。

いいえ ・ はい ()

問5 現在までに化粧品、洗剤等を使って皮膚病にかかったり、食物(かに、さば、たまご、牛乳等)でじんましんや腹痛、下痢を起こしたりしたことがありますか。

いいえ ・ はい ()

問6 1ヵ月以内に予防注射を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ

問7 家族でアレルギー体質やアレルギー性疾患があるといわれた人がいますか。 はい ・ いいえ

問8 たばこは吸いますか。 いいえ ・ はい (本/日)

問9 お酒は飲みますか。 いいえ ・ はい (ビール・日本酒・ウィスキー・焼酎 本・合・杯/日)

問10 女性の方のみお尋ねいたします。

・妊娠中ですか はい / いいえ ・授乳中ですか はい / いいえ

問11 受診者が15歳以下のお子様の場合にお尋ねいたします。 ・体重 _____ kg