2018年6月～

問診票

ご記入日　　年　　月　　日

ふりがな
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢　　歳

□1. 男性　□1. 女性　身長　　cm　体重　　kg

Q1. 本日、どのような症状でいらっしゃいましたか？

Q2. その症状がでてから本日までの経過をご記入ください。

Q3. 今回の病状について、他の病院を受診しましたか？　□はい　□いいえ

・いつどちらを受診しましたか？　　月　　日　　病院・診療所・クリニック

・どんな病気といわれましたか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・薬を処方されていたらその名前は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Q4. 今までにかかった病気や手術についてご記入ください。

　　歳頃：病名　　歳頃：病名

Q5. 今までに以下の病気を指摘されたことがありますか？

・高血圧　□ない　□ある　血圧の薬　□飲んでいない　□飲んでいる　□以前飲んでいた

・糖尿病　□ない　□ある　治療　□ない　□ある

・喘息　□ない　□ある　治療　□ない　□ある

・緑内障　□ない　□ある　治療　□ない　□ある

・癌　□ない　□ある　（臓器・肺・食道・胃・大腸・その他（　　））

Q6. 普段から内服している薬（常用薬）がありましたらご記入ください。

Q7. これまでに薬で副作用が出現したことがありましたか？　□ない　□ある

・薬品名　：

・症状　：

Q8. 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

・直近の月経開始日はいつですか？　　月　　日

Q9. 喫煙していますか？　□はい（1日当たり　本、喫煙年数　歳から）　□いいえ

＊今回の受診に際してご希望がありましたらご記入ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付へお出しください。