

問 診 票

記載日: 年 月 日

フリガナ
氏名: _____

生年月日: T・S・H 年 月 日

TEL: _____

〒 -
住所: _____

血圧(/)mmHg

身長: _____ cm

体重: _____ kg

体温: _____ °C

1. 本日はどうなさいましたか。(具体的にご記載下さい)

2. その症状はいつ頃からですか。

以下、該当する□内にレ点をご記入下さい。

3. 今まで大きな病気をしたことがありますか。

ない

ある →どのような病気ですか。()

4. 現在治療を受けている病気がありますか。

ない

ある →どのような病気ですか。()

肝炎と診断されたことはありますか。

ない

ある

分からない

輸血を受けたことがありますか。

ない

ある

分からない

5. 現在飲んでいる薬はありますか。

ない

ある

→どのような薬ですか

()

6. 薬を飲んで具合が悪くなったことがありますか。

ない

ある →どのような薬でしたか ()

→どのような具合でしたか()

7. 薬以外(食べ物等)のアレルギーはありますか。

ない

ある →具体的にご記載ください()

8. 喫煙: ない ・ ある → (本/日)

飲酒: 飲まない/ほとんど飲まない ・ ある → (/日)

9. 現在妊娠している可能性がありますか

ない

ある