

# 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

脈拍: (       ) 回

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