

問 診 表

ふりがな			
氏 名			生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 才
住 所	〒 ー ふりがな 電話番号 ()		
職業	身長	cm	体重 kg

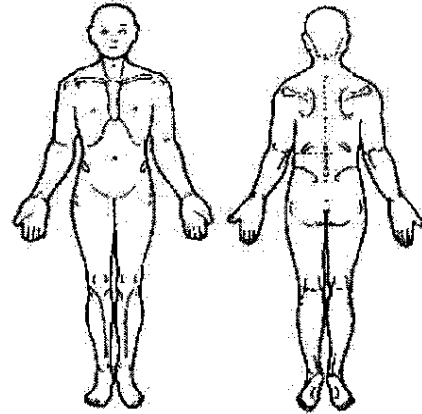
今日は、どうなさいましたか

- ① いつ頃からですか。 ()
- ② 原因は思い当たりますか。 ()
- ③ 市販薬や他の病院の薬を使っていましたか。 ()
- ④ 症状のある所に○印をつけてください。

どの部分ですか。

どのような症状ですか。

- ◎ かゆい
- ◎ 痛い
- ◎ 熱がある。
- ◎ だるい・関節痛などの全身症状
- ◎ その他 ()



- ⑤ 以前にも同じような症状が出たことがありますか。 (ある・ない)
- ⑥ 薬剤アレルギーはありますか。 (ある・ない)
ある場合 (薬の名前)
- ⑦ 今まで大きい病気をしたことがありますか。 (ある・ない)
病名 (高血圧・糖尿病・胃潰瘍・結核・肝臓病・リウマチ・腎臓病・甲状腺疾患
その他[])
- ⑧ 現在、薬を飲んでいますか。 (飲んでいる・飲んでいない)
飲んでいる場合、何の薬ですか。 ()
- ⑨ お酒 (飲む・飲まない) 煙草 (吸う・吸わない) 1日 本位

《女性の方へ》

妊娠の可能性 (ある ・ ない ・ 不明)

ご協力ありがとうございました。