問診票

NO.

ふりがな		男
氏名		女
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生	才
住所	〒	
電話	(　　)	

身長　　cm　　体重　　kg

代筆者の場合氏名:　　続柄:

□薬剤のアレルギーはありますか？　ない
ある
(薬剤名　　)

□現在妊娠していますか？　いいえ
可能性がある
はい(　　ヶ月)

□現在授乳中ですか？　いいえ
はい

□以下の3疾患の既往のある方は○でかこんでください
結核　　前立腺肥大　　緑内障

1　本日はどうされましたか？(いつから　どのような症状)

2　今回の症状に関して他で治療したことはありますか？　[　ない　・　ある　]

いつ頃　(　　)　　どこで　(　　)

3　今までにかかった病気やケガ(入院　手術など)はありますか？　[　ない　・　ある　]
病名をお書きください(　　)

4　現在治療中の病気はありますか？　[　ない　・　ある　]
〝ある〟方は○でかこんでください。健診で指摘された事なども含みます。
高血圧・糖尿病・リウマチ・肝疾患・腎疾患・心疾患・気管支喘息
アレルギー・蕁麻疹(原因の薬・食べ物;　　)
その他(　　)

5　現在飲んでいる薬はありますか？　[　ない　・　ある　]
薬剤名(　　)
＊お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。本日わからない方は次回お知らせください。

6　知人・ご家族からのご紹介ですか？　いいえ
はい　(紹介者名　　)