

問診票

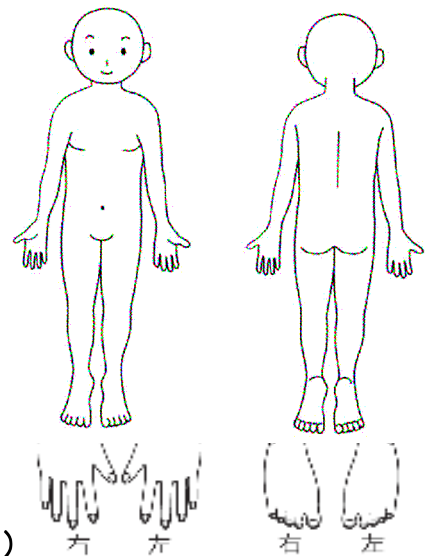
ふりがな		生年 月日	明昭 ・大平 令	年 月 日 (満 歳)
ご氏名	(男・女)			
ご住所	〒 -			
電話番号 ⇒	携帯電話 ⇒			
	身長	cm	体重	kg

■ いつからどんな症状がありますか？

今朝 昨晚 昨日 ()日前 ()週間前 ()ヵ月前 ()年前

■ どの部位にありますか？ 右図にも記入して、当てはまるものに○をつけてください。

全身 頭 耳
 顔 (おでこ 目 鼻 口 ほほ)
 首 肩 うで (右 / 左) 手 (右 / 左)
 胸 おなか 足 (右 / 左)
 背中 おしり 陰部 爪



■ どんな症状ですか？

例) 赤み かゆみ ぶつぶつ

()

■ 現在の症状で何か治療しましたか？ (はい / いいえ)

はいの方 → 家にあった薬・薬局で買った薬を使用した 名前()
 病院に通った 病院名 ()

■ 今までに、他院にて通院や、治療中の病気はありますか？ (ある / ない)

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 高脂血症 脳出血 脳梗塞
 喘息 肺の病気 アレルギー性鼻炎 結膜炎 緑内障 眼圧が高い 前立腺肥大症
 その他 (病名 ⇒)

■ 現在、飲んでいる薬はありますか？ (ある / ない / お薬手帳を持参している)

■ 今まで薬(注射・飲み薬)や、食べ物でアレルギー(ショック・発疹・気分不良)など起こしたことがありますか？

* 薬 ⇒ ある () / なし
 * 食べ物 ⇒ ある () / なし

■ 女性の方へ

* 妊娠中ですか？ いいえ / はい 【 第 週 】 / 可能性あり
 * 授乳中ですか？ いいえ / はい

■ 当院を何で知りましたか？

* インターネット・ホームページ / 看板 / 家族・知人に聞いた / その他()