

問診票

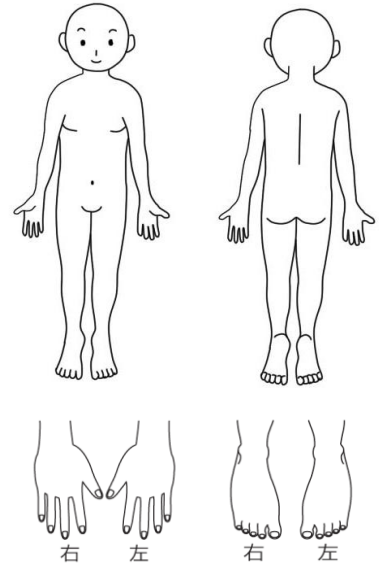
ふりがな		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (満 歳)
ご氏名	(男・女)			
ご住所	〒 -			
電話番号 ⇒	携帯電話 ⇒			
	身長	cm	体重	kg

■ いつからどんな症状がありますか？

今朝 昨夜 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 ・看板(塩浜 / 三苦) ・医療ポスター ・家族、友人に聞いた ・その他()