

No.

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大平・昭平 ・昭令	年 月 日 (満 歳)
ご氏名	(男・女)			
ご住所	〒 -			
電話番号 ⇒	携帯電話 ⇒			

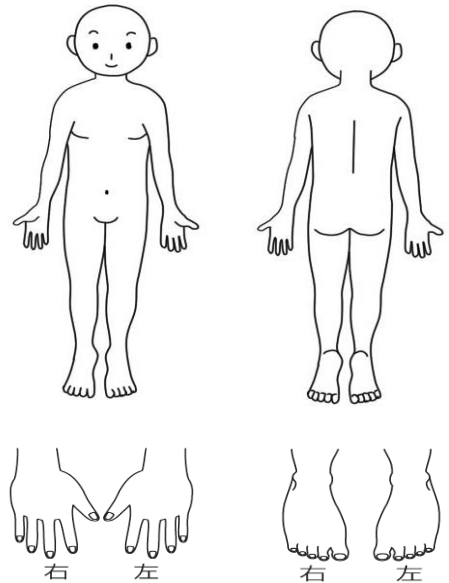
身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

## ■ いつからどんな症状がありますか？

今朝 昨夜 昨日 ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) カ月前 ( ) 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 ( )