問診票

フリガナ　　生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成

お名前　　男 ・ 女　　年　　月　　日（　　歳）

ご住所 〒

電話番号

体温　　℃　（体温測定された方のみ）

1)　今日はどのようなことでお越しになりましたか？

それはいつ頃からですか？　　月　　日頃から　　日前　　週間前　　ケ月前

☐ 発熱　☐ 咳がでる　☐ 痰が多い　☐ 喉が痛い　☐ 鼻水　☐ 鼻づまり

☐ 頭痛　☐ 関節痛　☐ 腹痛　☐ 吐き気　☐ 嘔吐　☐ 下痢　☐ 健診で異常を指摘された

☐ その他（　　）

2)　今までに下記の病気をいわれたことはありますか？

☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 呼吸器疾患　☐ 心臓病・不整脈　☐ 腎臓病　☐ 脳卒中

☐ その他（　　）

3)　現在服用している薬はありますか？

☐ 薬名：

☐なし

4)　今までに薬や注射、処置、その他で気分が悪くなったり何か異常が起こったりしたことがありますか？
アレルギーはありますか？

☐ 薬名など：

☐なし

5)　タバコを吸われたことはありますか？

☐ はい：　　歳頃から喫煙　1 日　　本 ／ 年　　およそ　　年前から禁煙

☐ なし

6)　お酒は飲みますか？

☐ 缶ビール、缶酎ハイを　　本／日・週　　日本酒を　　合／日・週

☐ のまない

7)　血のつながったご家族の中で病気をされた方はいらっしゃいますか？

☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 呼吸器疾患　☐ 心臓病・不整脈　☐ 腎臓病　☐ 脳卒中

☐ その他（　　）

8)　お薬の処方で考慮するため、妊娠の可能性のある方、授乳中の方はチェックを入れてください。

☐ はい

9）本日の交通手段は？

☐ 徒歩　☐ 自転車　☐ バイク　☐ 自動車　☐ バス　☐ タクシー　☐ その他