

受付日 年 月 日

問診票

(フリガナ)

生年月日 . .

お名前

男性・女性 (歳) 体温 ℃

〒

ご住所

身長 cm 体重 kg

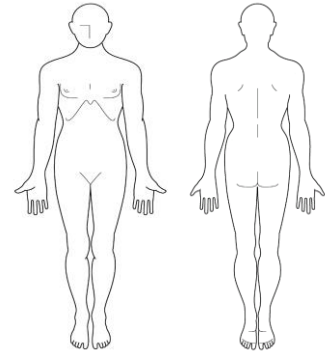
電話番号

職場又は緊急連絡先番号

(職場への連絡 不可 ・ 可)

● いつごろから、どのような症状がありますか？

- ・いつごろから
- ・症状(できるだけ詳しく)



● その症状について

① 他の医療機関で診察を受けられましたか？

いいえ・はい(医療機関名: 診断名:)

② 薬を飲んでいますか？

いいえ・はい(薬品名:

● 食欲 なし・あり

● 便秘 ・普通にある

・便秘している(日に 回) 下痢している(1日に 回)

● 最近体重減少がありますか？

なし・あり(kg → kg) どのくらいの期間で?()

● 今までにかかった病気・今持っている病気

- ・なし ・あり 糖尿病・高血圧・心疾患・腎疾患・脾疾患・ぜんそく・胃潰瘍
十二指腸潰瘍・脳梗塞・肺結核・甲状腺疾患・リウマチ・緑内障
その他 ()
他院処方薬の薬品名 ()

● アレルギー

・なし

・あり 薬品 () 食品 ()
金属 () その他 ()

● 手術歴 なし・あり (歳の時) で

● 輸血歴 なし・あり (歳の時) で

● タバコ 吸わない・吸う (1日 本)

● アルコール 飲まない・飲む (毎日・ 日に1回/種類 量)

● 最終月経 / ~ / まで