



## 問診票

フリガナ 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
性別・年齢 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ ℃ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

- 本日、受診された理由、症状を具体的にお書きください  
いつから ( )  
どの部分が ( )  
どのように具合が悪いか ( )
- 今現在、かかっている病気がありますか ( はい・いいえ )  
(はい) の場合、服用しているお薬はありますか あり ・ なし  
お薬の名前 ( )
- 今までにかかった大きな病気、手術を受けたことなどがありますか ( はい・いいえ )  
いつ頃 ( )  
病名 ( )  
手術名 ( )
- 今まで薬のアレルギーを起こしたことはありますか ( はい・いいえ )  
(はい) の場合、お薬名や症状を具体的にお書きください  
( )
- 現在の体の状況を教えてください  
食欲 (あり・なし) 睡眠 (良・不良) 便秘 ( 日 回)  
飲酒1日 ( )  
喫煙 (あり・なし) 1日 本を 年間  
以前喫煙されていた方は、( ) 年前から禁煙
- 三ヶ月以内に海外に行かれたことはありますか ( はい・いいえ )  
いつ頃 ( ) 行き先 ( )
- 女性の方へ  
月経について伺います ( 規則的・不規則 ) 最終月経 ( 月 日 )  
現在、妊娠の可能性はありますか ( はい・いいえ )  
かかりつけ産婦人科 ( )  
現在、授乳中ですか ( はい・いいえ )
- 血のつながった家族(父・母・兄弟・姉妹)が下記の病気にかかったことがあれば、  
該当するものに○をつけてください  
・悪性腫瘍 ・喘息 ・結核 ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病  
・甲状腺疾患 ・アレルギー疾患 ・精神疾患
- その他、医師に伝えたいことがあればお書き下さい