問診票

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日（　　歳）		
住所	〒　　－		
自宅電話番号	－　　－	携帯番号	－　　－

- 今日はどうされましたか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿
- いつ頃から起こりましたか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿
- 今までに大きな病気をしましたか？　はい　・　いいえ

  ＿＿才　：病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

  ＿＿才　：病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
- 今までに入院・手術の経験はありますか？　はい　・　いいえ

  入院・手術　＿＿才ごろ　：病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

  入院・手術　＿＿才ごろ　：病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
- 現在治療中の病気はありますか？　はい　・　いいえ

  ＿＿才から　：病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

  ＿＿才から　：病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
- 現在服用中の薬はありますか？　はい　・　いいえ

  薬品名（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）
- 薬の副作用が起きたことがありますか？　はい　・　いいえ

  薬品名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　症状 ＿＿＿＿＿＿＿＿

  薬品名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　症状 ＿＿＿＿＿＿＿＿
- 気管支喘息と診断されたことはありますか？　はい　・　いいえ
- アレルギーはありますか？　はい（アレルゲン ＿＿＿＿＿＿＿＿）　・　いいえ
- 現在、妊娠中ですか？　はい（妊娠　　週）　・　いいえ
- 現在、授乳中ですか？　はい　・　いいえ
- タバコはすいますか？　はい（1日　　本）　・　いいえ
- お酒は飲みますか？　はい（毎日　・　時々）　・　いいえ

  （何を　　）（どのくらい　　）
- 血縁関係のある方で下記の病気の人がいる方は○で囲んで,（　）には続柄を書いてください　・　なし

  ・心臓病（　　）・高血圧症（　　）・糖尿病（　　）・痛風（　　）

  ・脳卒中（　　）・肝臓病（　　）・腎臓病（　　）・膠原病（　　）

  ・癌（　　）・肺結核（　　）・気管支喘息（　　）・アレルギー（　　）