

問 診 票

診察に必要な内容となります。情報提供のご協力をお願いいたします。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(1) 本日来院された理由や困っている症状についてお書きください。

(2) 次の症状がありましたら、チェックしてください。

<input type="checkbox"/> 発熱(°C: 月 日 時頃)	<input type="checkbox"/> 体重増加(+ Kg)	<input type="checkbox"/> 体重減少(- Kg)				
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> 排尿痛	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 体の節々の痛み
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 嘔気	<input type="checkbox"/> 胸焼け
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> かゆみ
<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 出血(部位: _____)		
<input type="checkbox"/> その他の症状(具体的に: _____)						

(3) これまでに経験した病気や手術経験についてお書きください。

(4) 普段、継続して服用しているクスリはありますか。ある場合、具体的にご記入ください。

- a. ない
 b. ある

具体的に(処方薬、市販薬、サプリメントなど)

(5) 来院前に服用した市販薬はありますか。ある場合、具体的にご記入ください。

- a. ない
 b. ある

具体的に(市販薬ご確認用の【クスリ早見帖】は、このホルダーを開いたところにあります)

(6) 過去にクスリや食品で副作用やアレルギーを経験したことはありますか。

- a. ない
 b. ある

具体的に

(7) 喫煙について、お書きください。

- a. 過去を含めて喫煙したことはない。
 b. 今は喫煙していないが、以前は喫煙していた。(最終喫煙は何歳ですか? _____)
 c. 今も喫煙している。

bとcの方→ 1日あたりの本数: _____ 喫煙年数: _____

(8) 飲酒について、お書きください。

- a. まったく飲酒しない
 b. 普段は飲酒しないが、おつきあいでは飲酒する
 c. 普段から飲酒 (飲酒は週 _____ 日、1日平均: 缶ビール _____ 本分; 酒 _____ 合; 焼酎 _____ 合; 他 _____)

(9) 女性の方への質問です。

最近の月経はいつですか。はじまった日にちをご記入ください。 _____ 月 _____ 日

妊娠中ですか。 a. はい b. いいえ c. 不明

授乳中ですか。 a. はい b. いいえ

ご協力ありがとうございました。 F134914512