

問診票 (わからない箇所は空白でけっこうです)

フリガナ

患者氏名 _____ 様 性別 男・女

生年月日 大正 / 昭和 / 平成 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 _____

電話番号 _____

紹介状あり

身長 _____ cm

体重 _____ kg

職業 _____

体温 _____ °C

① 本日受診された理由を、できるだけ詳しく記入ください

* 以前 薬物アレルギーの診断があれば記載ください (_____)

* 2週間以内の渡航歴: なし あり (場所: _____)

② 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか?

なし あり (_____)

③ 現在、服用されている お薬はありますか?

なし あり (内容: _____)

④ 本日は、食事は摂りましたか?

いいえ はい (_____ 時頃)

⑤ 女性の方に お尋ねします

現在生理中 閉経した
 授乳中 妊娠中または妊娠の可能性ある (妊娠 _____ 週)

⑥ 血縁関係で次の病気にかかった方がいれば✓し、どなたかもし記載ください

突然死 糖尿病 高血圧 心臓病 脳卒中 がん (臓器名: _____)
(_____) (_____) (_____) (_____) (_____) (_____)

⑦ 生活歴についてお尋ねします

たばこ 吸わない 吸う (1日に _____ 本ぐらいを _____ 年)
アルコール 飲まない 飲む (1日に _____ を _____ 本ぐらい)
食欲 あり なし
便通 普通 便秘 下痢
介護保険 受けていない 受けている (事業所名: _____)