



問 診 票

フリガナ

お名前 _____ 性別 男・女 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

- 本日はどうされましたか？ それはいつごろからですか？

風邪症状の方へお尋ねします

☆ 37度以上の発熱 ある・ない・あった _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 最高体温 _____ °C
☆ せき ある・ない・あった ☆ たん ある・ない・あった
☆ 喉の痛み ある・ない・あった ☆ 息苦しさ ある・ない・あった
☆ 鼻水 ある・ない・あった ☆ 鼻づまり ある・ない・あった
☆ 強いだるさ ある・ない・あった

- 今までにかかった病気、治療中・経過観察中の病気など

高血圧 糖尿病 心臓病 気管支喘息 緑内障
 その他 (_____)

- 現在、何かお薬を飲んでいますか (薬の名前 _____)

- お薬や食べ物に対するアレルギーはありますか？

はい (薬品 _____ 食べ物 _____)
 いいえ

- お酒やタバコは1日にどれくらいのみますか？

お酒 _____ 合 ビール _____ ml その他の酒類 (_____)
 タバコ _____ 本

- 現在、妊娠中または授乳中ですか？

妊娠中 授乳中

- 家族歴 (高血圧、心臓病、糖尿病、がん、等)

以下、当院記入欄

血圧

/

mmHg

体温

度