

# 問診表

受付日 令和 年 月 日

|         |             |                        |
|---------|-------------|------------------------|
| ふりがな    | 男<br>・<br>女 | 生年月日                   |
| お名前     |             | T・S・H・R 年 月 日<br>( ) 才 |
| ご住所 〒 — | 小児のみ        | 体重 kg                  |
|         | 電話番号        | — —                    |

## 1. 症状

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| いつ頃からですか？                                                                                   |
| どのような症状ですか？                                                                                 |
| 現在、他の医療機関にかかっていますか？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（病名： 医療機関名 ) |

## 2. 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

|                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                              |

## 3. 現在内服している薬はありますか？

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬剤名 ) |
|----------------------------------------------------------------|

## 4. アレルギーについてお答えください

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| 薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名： 症状： )   |
| 食べ物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（食品名： 症状： ) |

## 5. 嗜好品についてお答えください

|                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている ( 歳～ 歳 1日約 本)                         |
| アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む： <input type="checkbox"/> 週 日 <input type="checkbox"/> 毎日 : お酒の種類 1日量 |

## 6. 輸血を受けたことがありますか？

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（輸血時の年齢： 病名： ) |
|------------------------------------------------------------------------|

## 7. 女性の方のみお答えください

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性あり |
| 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                |

ご記入ありがとうございました。