

《問診票》

令和 年 月 日

氏名 () 年齢 () 才 性別 (男 ・ 女)

1. 症状について簡単にご記入下さい

*いつからですか? ()

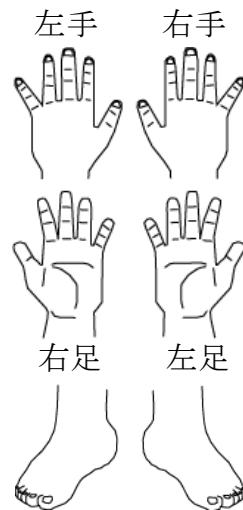
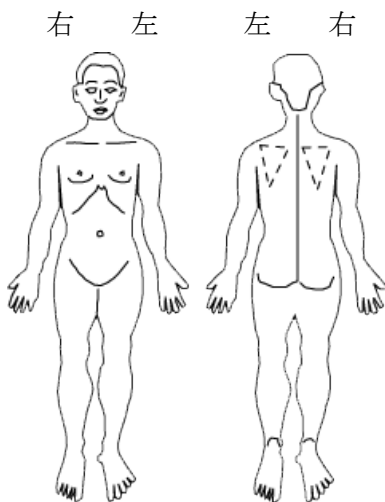
*どのような症状ですか?

痛み・傷・はれ・しびれ・かゆみ・しっしん・しこり

吐き気・嘔吐・下痢・熱・息苦しさ・かぜ症状(せき・鼻水・たん・のどの痛み)

その他

*症状のある部位に×を付けて下さい



*症状について考えられる原因がありますか? (ある・ない)

(例 事故・打撲・こけた等)

()

2. 現在、当院以外の医療機関(医院・診療所・病院等)にかかっている病気はありますか?

(ある・ない)

*高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・高脂血症

その他 ()

3. 今、続けて飲んでいる薬はありますか?(ある・ない) お薬手帳持参(あり・なし)

4. 今までに薬や食べ物でじんましんなどの症状が出たことがありますか?(ある・ない)

→ある方へ 薬・食品名 ()

5. 妊娠の可能性はありますか?(ある・ない) 最終月経 月 日

6. 最近、海外へ行かれたことはありますか?(ある・ない)

→ある方へ (いつ頃 年 月) どこへ ()