

# 問 診 票

ふりがな

お名前

男 ・ 女

生年月日

年

月

日生( )歳

ご住所 〒

お電話 ( )

携 帯 ( )

ご職業

## 1. 本日の症状について

①どのような症状ですか

②いつ頃からそうになりましたか

( )

③以前にも同じようなことがありましたか

( )ある ( )ない

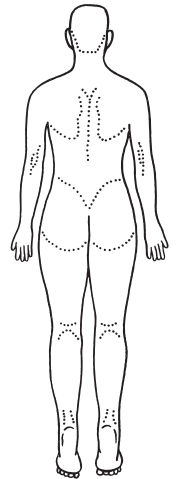
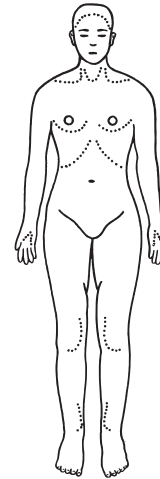
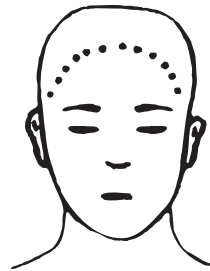
④今までどうしていましたか

( )何もしていない

( )売薬をつけていた

( )他院にかかっていた

⑤場所はどこですか  
(○をつけて下さい)



## 2. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか

( )ない

( )糖尿病 ( )心臓病 ( )腎臓病 ( )肝臓病 ( )高血圧

( )胃十二指腸潰瘍 ( )緑内障 ( )前立腺肥大

その他( )

## 3. 現在飲んでいる薬はありますか

※お薬手帳、説明書をお持ちの方はお見せ下さい

( )ない

( )ある → 薬の名前( )

## 4. 今までに薬や注射で具合が悪くなったことや、かぶれたことはありますか

( )ない

( )ある → 薬の名前( )

## 5. 女性の方のみお答えください

現在妊娠の可能性はありますか

( )ない ( )ある もしくは ( )妊娠中\_\_ヶ月 ( )授乳中

## 6. 一緒に住んでいる方は何人ですか (あなた以外で 人)

## 7. 特にお聞きになりたいことがあれば記入してください