

問 診 表

かな		男・女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生
氏名						歳
住所	〒 _____		電話	(_____) _____		

今日の体温： _____ 体重： _____

1. 今日はどうな症状で、来院されましたか？（いつ頃から）

2. 日常生活についてお尋ねします。

- A. 食 欲：① 良好 ② 普通 ③ 不振
- B. 便 通： _____ 日 _____ 回
- C. 飲 酒：① 毎日（種類 _____ 量 _____）② 時々 ③ 飲まない
- D. たばこ：① すう（1日 _____ 本 _____ 年）② やめた ③ すわない

3. 現在、他で治療を受けていますか？（はい・いいえ）

はいの方は（病名： _____ 病院名： _____）

4. 現在、服用中の薬はありますか？（はい・いいえ）

はいの方は 具体的に（ _____ ）

5. 薬・食物によるアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

はいの方は 具体的に（ _____ ）

6. 以下の中で今までにかかった病気がありますか？

高血圧・心臓病・糖尿病・肝臓病・腎臓病・結核・喘息
胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大・その他（ _____ ）

8. 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠している可能性がありますか？（はい・いいえ）

9. 15歳以下の方にお聞きします。

次の予防接種の中で受けたものがありますか？

[ポリオ ・ BCG ・ はしか ・ 日本脳炎
 風 疹 ・ おたふくかぜ ・ 水痘 ・ 三種混合]

次の病気にかかったことがありますか？

（ はしか ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ）