

# 問 診 票

フリガナ

御名前 \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平 年 月 日 生 \_\_\_\_\_ 歳 男・女

御住所 \_\_\_\_\_ 電話 ( )

◎ いつからどんな症状がありますか。

◎ 今まで何か病気、けがをなさいましたか。

ない  ある (何歳の時                      その病名は                      )

◎ 今、なにか病気、あるいは、けがでどちらかにおかかりですか。

ない  ある (何歳の時                      その病名は                      )

◎ 現在、医療機関で、投薬をうけていますか。

いない  いる (薬剤名                      )

◎ 今までに、お薬などで副作用、または、なにか異常があったことがありますか。

ない  ある (そのお薬のなまえ、あるいは種類がおわかりになりましたらお知らせ下さい)

卵アレルギーあり    ・    牛乳アレルギーあり    ・    その他の食事アレルギー

◎ 輸血を受けたことがありますか。    ない                      ある (何歳の時ですか                      歳)

◎ 飲酒しますか。    いいえ                      はい (                      歳から                      一日平均                      /ビール、日本酒、洋酒など                      )

◎ 喫煙しますか。または、今までに喫煙をしたことがありますか。

いいえ                      はい (                      歳から                      歳まで)                      (一日平均                      本)

● 最近 (一ヶ月以内)、海外より帰国しましたか。                      いいえ                      はい ( 帰国日                      月                      日)

はいとお答えの方のみ    国名 (                      )    38度以上の発熱    有り                      無し

△ 今、妊娠している、あるいはその可能性がありますか。                      ない                      ある (妊娠                      ヶ月)

出産予定日                      年                      月                      日

△ 現在、授乳中ですか。                      いいえ                      はい

お子さん (                      ヶ月) は、病気でおかかりですか。(病名                      お薬                      )