

問診票

フリガナ

名前：（ ）

住所：（ ）

電話番号：（ - - ）

1. 具合が悪いのは、どこですか？○印をつけて下さい。

頭 顔 目 耳 くび 胸 おなか 背中 腰 おしり 腕
手 ふともも すね 足

2. いつ頃からですか？（ ）

3. どのような症状ですか？（ ）

4. この症状で、治療を受けていますか？

いいえ

はい どこで：

いつ頃：

治療内容：

処方された薬：

5. 今までに、下記の病気にかかったことはありますか？あるものに○印をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 喘息 糖尿病 心臓病 高血圧 胃潰瘍

肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 精神病 脳梗塞 脳出血

その他（ ）

6. 現在、飲んでいる薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は、医師にお見せ下さい。

いいえ

はい（薬名： ）

7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

なし

あり（内容： ）

8. お仕事上の怪我ですか？

いいえ

はい

9. 交通事故による怪我ですか？

いいえ

はい

10. 女性の方のみお答え下さい。

現在、妊娠中ですか？

いいえ

はい（ ）か月

可能性あり

11. 小児の方のみお答え下さい。 体重（ ）kg