

問 診 票

患者ID:

(再 来 患 者 様 用)

記入日

年 月 日

フリガナ			男	生年	大・昭・平	年	月	日	
氏名		女	年月日						才

1 本日はおもにどのような症状で来院されましたか？
 (_____) ・熱がある (体温 _____ ℃)

2 前回来院後から新たに治療中の病気はありますか？
 ない ・ ある ⇒ (_____)
 飲んでいる薬 (_____)

3 前回来院後から手術を受けましたか？
 ない ・ ある ⇒ _____ 手術を受けた時期 : _____

4 前回来院後から輸血や血液製剤の注射を受けましたか？
 ない ・ ある

5 前回来院後から薬や食べ物でアレルギー反応 (発赤疹や気分不良) などを起こしましたか？
 ない ・ ある ⇒ 薬 : _____ / 食べ物 : _____

6 現在の状態について教えてください。

① 食欲について 良好 ・ 普通 ・ 不振 ② 睡眠について 良好 ・ 普通 ・ 不振
 ③ 体重について 不変 ・ 増加 ・ 減少 ④ 便秘について 1日に__回、__日に1回
 ⑤ 喫煙・飲酒について

タバコ : 吸わない ・ やめた ・ 吸う (1日 _____ 本)
 お酒 : 飲まない ・ やめた ・ 時々飲む ・ 飲む ビール (1日 _____ 本)
 日本酒 (1日 _____ 合)
 その他 (_____)

7 女性の方にお伺いします。

月経の状況を教えてください。 順調 ・ 不順 ・ 無
 現在妊娠していますか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい (_____ 週目)
 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

8 何かご質問、ご要望等がございましたらお気軽にご記入ください。

※ 問診票は個人情報の保護規定に基づき活用後処理させていただきます。ご協力ありがとうございました。