

問診票

フリガナ ：
お名前 ： (男 ・ 女)
郵便番号 ： -
住所 ：
電話番号 ： () -
携帯番号 ： - -
生年月日 ： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳 ヶ月)

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 体温 (_____ °C)

◎ 症状は？

()

◎ いつからですか？

()

◎ 持病はお持ちですか？

ない ・ ある ()

◎ 現在内服している薬はありますか？

ない ・ ある ()

◎ アレルギーはありますか？ (動食物や薬など)

ない ・ ある ()

◎ 緑内障はありますか？

ない ・ ある

◎ 入院したことはありますか？

ない ・ ある (病名： _____ 、時期 _____)

◎ お酒は飲みますか？

飲まない ・ 時々 ・ 毎日飲む (1日：ビール _____ 焼酎 _____ 日本酒 _____ その他 _____)

◎ タバコは吸いますか？

吸わない ・ 吸う (1日： _____ 本 / _____ 年間)

◎ **男性**におたずねします。尿が出にくいことがありますか？

ない ・ ある

◎ **女性**におたずねします。妊娠している可能性はありますか？

ない ・ ある

授乳していますか？

いいえ ・ はい