

問 診 表

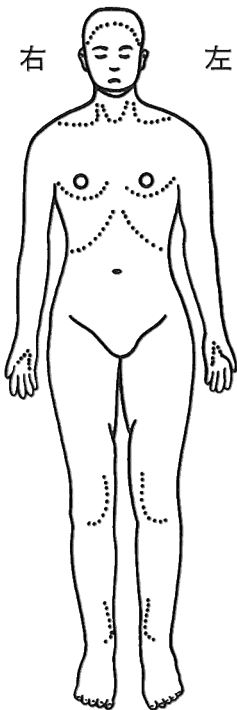
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平	年	月	日(才)
氏名			電話番号	自宅	()		
住所	〒						

1. どうなさいましたか。 体温 °C

2. いつからですか。
 今日 昨日 2日前
 3日前 1週間前
 その他 ()

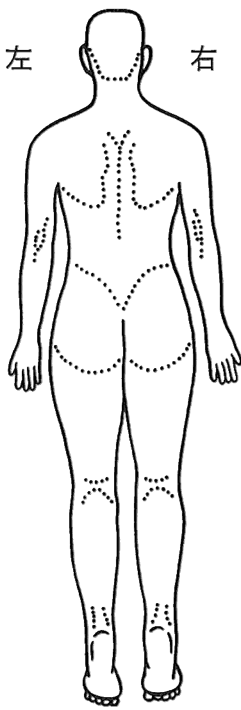
正面

右 左



側面

左 右



☆痛いところがあればその部位に○をしてください。

3. 現在または過去にかかった病気はありますか。

- 高血圧症 脂質異常症 糖尿病
 脳梗塞 がん 心臓病
 結核 肝臓病 喘息
 腎臓病 血液疾患 リウマチ
 胃腸病 (胃潰瘍など) 緑内障
 その他 ()

4. 現在服用中のお薬はありますか。

- はい いいえ
 ☆“はい”を選んだ方は、お薬手帳などを担当医師に見せてください。

5. お薬や食べ物にアレルギーはありますか。

- はい いいえ
 どんなものにアレルギーがありますか。
 内服薬 注射 造影剤 食べ物
 その他 ()

6. 手術をしたことはありますか。

- はい いいえ
 手術箇所はどこですか。
 ()
 いつごろですか。
 ()

7. 女性の方におたずね致します。

- 月経は
 順調 不順 閉経 妊娠中
 授乳中 その他 ()