

問診票

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	生年月日
	大・昭・平 年 月 日(才)
住所 (〒 -)	
電話番号	

■来院の目的は何ですか？（該当を○で囲んでください）

- * 健康診断 ワクチン接種 健診の異常
- * 症状のある方

・発熱 頭痛 腹痛 下痢 便秘 咳 鼻水 のどの痛み 吐き気
発疹 めまい その他の症状 ()

・いつ頃からですか？ ()

・上記の症状で他院を受診されましたか？
いいえ・はい (病院名)

・上記の症状について、薬を服用または使用しましたか？※市販薬も含めます
いいえ・はい (薬の名前)

身長	cm
体重	kg
体温	°C
血圧	/ mmHg

■現在治療中の病気はありますか？

なし・あり (高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓血管疾患・脳血管疾患・肝疾患
腎疾患・喘息・アトピー・花粉症・アレルギー性鼻炎
その他:)

⇒ 現在治療中の病気では何かお薬の使用はありますか？
いいえ・はい (薬の名前)

■今までに大きな病気やけが、手術はありましたか？

なし・あり ()

■お薬によって、発疹、その他の副作用を経験したことがありますか？

なし・あり (薬剤名)

■お薬以外のアレルギー（食べ物・動物など）はありますか？

なし・あり ()

■1年以内の海外旅行

なし・あり (渡航先)

■飲酒量 1回 () (例：350ml缶ビール〇本) 週に () 日

■喫煙 なし・あり (1日 本、喫煙年数 年)

■輸血歴 なし・あり

■妊娠の可能性 なし・あり

ご協力ありがとうございました。

保元クリニック