

問 診 票

※診察時に必要となりますので、わかる範囲でご記入ください。

フリガナ 受診者名		男 ・ 女	電話番号 (自宅)	
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日()歳		携帯電話	
住 所				
記入者名		患者と の続柄	記入日：令和 年 月 日	

(1)本日はどうされましたか？また、それはいつからですか？(例：今朝からお腹が痛い。)

(2)かぜ症状の方にお尋ねします。

インフルエンザと診断されたら、インフルエンザの特効薬を希望しますか？

【 希望する ・ 希望しない ・ 医師にまかせる 】

(3)現在、他の病気で治療を受けておられますか？〔病名

服用されているお薬はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

(4)今まで大きな病気、手術、入院をされたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
また、それはいつ頃、どのような病気ですか？

(5)アレルギーはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

※はいの方はご記入ください。食べ物()・薬()

(6)家族(血縁)の方で以下の病気にかかった方がおられますか？

■高血圧() ■心臓病() ■脳卒中() ■糖尿病()
■肺結核() ■ガ ン() ■その他()

(7)1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 【 はい ・ いいえ 】

また、それはいつ、何の予防接種ですか？

(8)女性の方にお尋ねします。現在妊娠されていますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■現在、妊娠 週 最終月経 年 月 日

(9)喫煙されますか？飲酒はされますか？

■タバコ 本/日 ■アルコール 本/日

(10)もしガンの疑いがある場合、告知を希望されますか？ 【 はい ・ いいえ 】