

問 診 票

ID :

フリガナ			生年月日		年齢
お名前	(男 ・ 女)		昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	歳
住所	〒				
携帯電話	- -	自宅番号	- -	業種	

● 今日はどうされましたか？該当する項目に☑チェックをお願いいたします。

- ☐ 風邪症状 (熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ たん ・ のどが痛い ・ 関節が痛い ・ 寒気)
- ☐ 腹部症状 (腹痛 ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 便秘)
- ☐ 胸部症状 (胸痛 ・ 胸が苦しい ・ 圧迫感 ・ 動悸 ・ 息苦しい)
- ☐ 皮膚症状 (湿疹 ・ かゆみ ・ 痛み)
- ☐ 尿症状 (血が混じる ・ 尿が近い ・ 排尿時痛)
- ☐ 怪我 → どこを怪我しましたか？ ()

● 上記で☑チェックされた項目について、どんな症状か、いつからか、出来るだけ詳しく教えてください。

● 飲んでいるお薬はありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい → 本日、お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

● 現在または過去に治療を受けた病気はありますか？

- ☐ いいえ
- ☐ 糖尿病 ☐ 胃潰瘍 ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症
- ☐ 肝臓疾患 ☐ 脳疾患 ☐ 心臓疾患(不整脈も含む) ☐ 緑内障
- ☐ その他()

● 血縁者に持病をお持ちの方はいらっしゃいますか？

- ☐ いいえ ☐ はい 続柄 () 病名 ()

● 手術をされたことはありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい いつ頃 () 部位 ()

● お薬や食品のアレルギーはありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい 薬品名や食品名 ()

● 体内に金属はありますか？(銀歯など、歯の詰め物は除く)

- ☐ いいえ
- ☐ 矯正装置 ☐ ペースメーカー ☐ ボルト ☐ クリップ ☐ スtent
- ☐ その他 ()

● 女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか？

- ☐ いいえ ☐ 妊娠中 () カ月 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中