

問 診 表



ふりがな
ご氏名 _____

男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日生 _____歳 (_____ヶ月)

ご住所 〒 _____

当院から連絡してもよい電話番号 _____

以下は診察を適切に行うための問診です。おわかりになる範囲で結構ですので下記の項目についてご記入、あるいは○で囲んでください。

1. 本日はどうされましたか？
のどの痛み せき たん 鼻みず 鼻づまり 頭痛 発熱 (_____ ℃)
吐き気 嘔吐 下痢 腹痛 胃痛 胸痛 動悸 息切れ
その他 (_____)
2. 現在治療中の病気や飲んでいる薬がありますか？
ない ・ ある → _____
3. 今までにかかったおもな病気や手術はありますか？
ない ・ ある → _____
4. 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか？
ない ・ ある → _____
5. 女性の方へ 妊娠中ですか？ → いいえ ・ はい
授乳中ですか？ → いいえ ・ はい
6. その他医師に伝えておきたいことやご希望があればお書きください。
(例：インフルエンザの検査をしてほしい、粉薬は苦手、・・・)

(_____)

ご記入ありがとうございました。
