

**問診票**

日付: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 様

項目  に、レ印をつけてご記入下さい。

(今日の熱: \_\_\_\_\_ °C)

**(1) 本日の受診についてお聞きします**

※15歳未満の方(体重: \_\_\_\_\_ kg)

\*いつごろからどのような症状がありますか

今日  昨日  2~3日前  1週間前  その他( \_\_\_\_\_ )

発熱 …一番高かった熱はいつ・何度ありましたか( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃, 最高 \_\_\_\_\_ °C)

頭痛  鼻水  鼻づまり  咳  痰  のどの痛み

吐き気  嘔吐( \_\_\_\_\_ 回)  下痢( \_\_\_\_\_ 回)  食欲不振

胃痛  腹痛  発疹  めまい  膀胱炎症状(排尿痛, 残尿感, 頻尿等)

その他( 症状をご記入ください \_\_\_\_\_ )

\*今回の症状でお薬(市販薬を含む)は飲みましたか?

飲んでいない

飲んだ → ( いつ \_\_\_\_\_ ( おくすり名 \_\_\_\_\_ ) )

**(2) 現在通院中の病気はありますか? ※おくすり手帳はお持ちですか? 無・有**

ない  ある 病名 [ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) ]

病院名 [ \_\_\_\_\_ ]

**(3) 過去に通院または入院を要する病気にかかったことはありますか?**

ない  ある 病名 [ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) ]

手術名 [ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) ]

**(4) 食べ物・注射・くすりなどでアレルギー症状を起こしたことはありますか?**

ない  ある アレルギーを起こしたもの( \_\_\_\_\_ )

**(5) 嗜好についてお聞きします**

たばこ  吸わない  吸う (開始年齢: \_\_\_\_\_ 歳, 本数: \_\_\_\_\_ 本/日)

アルコール  飲まない  飲む (量: \_\_\_\_\_ ml/日, 回数: \_\_\_\_\_ 回/週)

**(6) 女性の方にお聞きします**

妊娠の可能性はありますか  いいえ  はい 授乳中ですか  いいえ  はい

\*ご記入いただいた個人情報は診察・治療以外の目的では使用いたしません。