

診察申込書・問診票

かな		年齢	歳	性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	
氏名											
住所	〒					電話	自宅				
							携帯				

家庭測定	°C
来院測定	°C

1. 体調についてお尋ねします

【時期】 _____ から

【症状】※下記のうちあてはまる症状に○をおつけ下さい。

咳 たん 鼻水 のどの痛み 頭痛 腹痛 はきけ 嘔吐 下痢 便秘 肩こり 腰痛 関節痛
胸痛 動悸 息切れ めまい 耳鳴り だるい 息苦しい 不眠 その他()

2. 嗜好品についてお書き下さい

1) タバコ

①吸う(本/日 年間) ②吸わない ③やめた

2) 酒

①飲む(1日量:) ②飲まない ③やめた

3. アレルギーについてお書き下さい

1) 「アレルギー体質」と言われた事がありますか

①はい ②いいえ

2) 1)で「はい」と答えられた方は次のどれにあてはまりますか

食物・薬・注射・点滴・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
じんま疹・花粉症・化粧品等・その他()

4. これまでにかかった病気についてお書き下さい

1) 現在、他院で処方されている薬はありますか、慢性的な病気にかかった事がありますか

①はい ②いいえ (お薬手帳があればご提示ください)

2) 1)で「はい」と答えた方は病名とかかった時期・年齢をお書き下さい

薬名

病名

5. 女性の方にお尋ねします

現在、妊娠または授乳されていますか

妊娠 ①はい(ヶ月) ②いいえ ③わからない

授乳中 ①はい ②いいえ

6. 小学生以下の方は体重をお書きください。

体重 kg

7. その他何かご心配なことがありましたらお書きください。

()