# 問　診　票

記入日　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏　名<br>生年月日 | 男<br>女<br>T　S　H　　年　　月　　日生 | | 住　所 | 〒 | |
| 身　長 | cm | 体　重 | kg | 電　話 | |

1.　今日はどんな症状で受診されましたか？　　熱（　　度）
症状（　　）
いつから（　　）

2．現在までに次の病気にかかったことがありますか？
①　はい（はいの方は下記に○を付けて下さい）　②　いいえ
A.　喘息　B.　じん麻疹などアレルギー　C.　心臓病　D.　高血圧
E.　腎臓病　F.　肝臓病　G.　肝炎　H.　糖尿病　I.　異常体質

3．　現在、内服しているお薬はありますか？　（お薬手帳のある方は提示してください）
①　はい（薬剤名　　）　②　いいえ

4.　上記以外に重大な病気で入院したり、手術を受けたことがありますか？
①　はい（病名：　　輸血の有無　：有　無　）　②　いいえ

5.　現在までに食べ物や、薬・注射で何らかの異常（赤発、じん麻疹/発疹、気分不良、ショック、など）が起こったことはありますか？
①　はい（食品名/薬剤名　　）　②　いいえ

6.　本日より１ケ月以内に予防注射を受けましたか？
①　はい（予防接種名：　　）　②　いいえ

7.　本日より１ケ月以内に海外への渡航歴はありますか？
①　はい（渡航先：　　）　②　いいえ

8.　現在の飲酒・喫煙の状況を教えてください。
①　はい（喫煙：　　本/日）（飲酒：　　/日）　②　いいえ

9.　女性の方へ　　最終月経：　　月　　日
現在妊娠していますか？　①　はい（週数　　）　②　いいえ
授乳中ですか？　①　はい　②　いいえ

最後にお聞きいたします。当院に来られるのに使用した交通機関は？
①　徒歩　②　自転車・単車　③　バス　④　自動車

ありがとうございました。