

No.

問診票

傷 あり ・ なし

令和 年 月 日

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力下さい。

尚、ご記入頂いた情報は大切に管理し診療行為のみに使用いたします。

門倉医院

フリガナ				男 ・ 女	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和		
お名前	様					年 月 日生 (才)		
ご住所	〒			電 話	自宅 ()			
					携帯 ()			
身長	cm	体 重	kg	健康保険 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 自費				

I、症状についてお答え下さい。

症状がある場所に○をつけてください

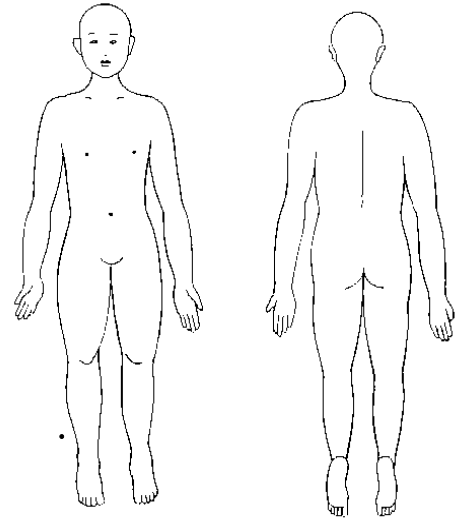
① 今はどうのような症状ですか？

体温 _____ °C

② 「いつから」「どのように」になりましたか？

③ ご希望する検査はございますか？

レントゲン ・ CT ・ 血液検査 ・ その他 ()

II、今までに大きな病気、手術や入院をしたことがありますか？

ない ・ ある



ある場合は ⇒ 高血圧症 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 肝臓疾患 ・ 肺疾患 ・ 脳疾患

胃潰瘍 ・ ぜんそく ・ その他 ()

III、現在、他の病気で通院されていますか？

通院していない ・ 通院している → どのような内容で？ ()

IV、現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない ・ ある → 薬手帳 あり ・ なし

手帳なしの場合何のお薬ですか？ ()

V、今までに薬を飲んで異常が起きたことがありますか？

ない ・ ある → どのようなお薬ですか？ ()

VI、アレルギーはありますか？ (薬剤、湿布、食物など)

ない ・ ある → どのようなアレルギーですか？ ()

VII、たばこは吸われますか？

吸わない ・ 吸 う

VIII、お酒は飲まれますか？

飲まない ・ 飲 む → どの位飲まれますか？ ()

IX、女性の方にお聞きします

① 現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい → ()ヶ月

② 現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい