

問診票

ID :

年 月 日

ふりがな		性別		西暦／大正・昭和・平成・令和
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒	電話番号		
		携帯番号		

1. 本日の症状は？

- 発熱 (体温： °C) のどの痛み 鼻水 だるさ 関節痛 頭痛
せき たん (色) 息切れ 息苦しい いびき 無呼吸 胸痛
動悸 腹痛 吐き気・嘔吐 下痢 便秘 花粉症 禁煙外来
生活習慣病 (高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風) 健診で異常 (内容：)
その他 ()

2. 症状はいつからですか？

- 今日 昨日 その他 ()

3. 今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？ なし あり

- 心臓病 脳卒中 腎臓病 肝臓病 がん ()
高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 緑内障 前立腺肥大症
その他 ()

4. 現在、お薬を飲まれていますか？ いいえ はい

(薬剤名：)

* 今日はお薬手帳はお持ちですか？ いいえ はい ⇒受付へお出し下さい

5. アレルギーはありますか？ なし あり

- 薬 () 食べ物 () その他 ()
花粉症・アレルギー性鼻炎 (スギ・ヒノキ・その他：)

6. 嗜好品についてお答え下さい。

* 喫煙： なし あり (本/日)、(才から禁煙)

* 飲酒： なし 時々 毎日
(種類：)、(量： ml/日)、(毎日・週 回)

7. 女性の方へ

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい 妊娠中 (ヶ月)

授乳中ですか？ いいえ はい

8. お子様の付き添いの方へ

お子様の体重： kg

希望の薬形態 希望なし シロップ 粉 錠剤 座薬 その他 ()

9. 当院を知ったきっかけを教えてください。

- ホームページ 家族や知人の紹介 (様) 近所 通りがかり 路上広告
他施設からの紹介 () その他 ()

※ご記入がお済みになりましたら受付にお渡し下さい。

スマイリークリニック