

院内検温 \_\_\_\_\_℃

# 問 診 表

年 月 日

フリガナ

ご氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 才

生年月日 大昭平令 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご住所 (〒 \_\_\_\_\_ )

(電話番号 \_\_\_\_\_ )

(携帯番号 \_\_\_\_\_ )

(1) 今日ほどの様な症状で受診されましたか？ (詳しくご記入下さい) 中学生以下の体重

1. いつ頃から： \_\_\_\_\_ k g

2. どのような症状：

(2) 現在病気で医院または病院にかかっていますか？お薬を服用されている方は記入して下さい

・はい : 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・結核・喘息・緑内障・前立腺肥大

・発達障害・その他 ( \_\_\_\_\_ )

医療機関名：

処方されている薬名：

・いいえ

(3) 今までに大きな病気をされたり手術をしたことがありますか？

具体的な内容 (どのような病気・手術 いつ頃)

・あり ・病気 ( \_\_\_\_\_ ) ・いつ頃 ( \_\_\_\_\_ )

・手術 ( \_\_\_\_\_ ) ・いつ頃 ( \_\_\_\_\_ )

・なし

(4) 今までに注射や薬で気分が悪くなったり皮膚に異常が出た事がありますか？

・はい : 薬の名前 \_\_\_\_\_

具体的な症状 \_\_\_\_\_

・いいえ

(5) タバコは吸いますか？

・はい : 1日の本数 \_\_\_\_\_ 本 ・いいえ

(6) 女性の方にお尋ねします

現在妊娠していますか？ 妊娠している可能性はありますか？

・はい : 妊娠 \_\_\_\_\_ 週目 \_\_\_\_\_ ・いいえ

授乳中ですか？ \_\_\_\_\_ ・はい \_\_\_\_\_ ・いいえ

(7) 1. 内服可能なお薬の種類 (粉薬・シロップ・錠剤・どれでも可)

2. 中学生以下の方 飲み方の希望 (なし・昼は飲めない)

(8) 該当する項目に○をつけてください

・処置で気分が悪くなった事がある ・処置が苦手 ・閉所恐怖症