

# 問診票

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 年齢 \_\_\_\_\_ 才 男・女

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

- 今日はどうされましたか。該当する症状を○で囲んで下さい  
食欲不振・胸やけ・吐き気・腹痛・胃痛・下痢・便秘・お腹がはる  
喉が痛い・せき・たん・呼吸困難・胸痛・息ぎれ・どうき・胸が苦しい  
発熱・頭痛・めまい・ふらつき・耳鳴り・むくみ・手足のしびれ  
その他 ( )  
いつ頃から ( )
- 最近の体調は  
食欲はありますか? はい いいえ  
よく眠れますか? はい いいえ  
便通はどれくらいですか? ( ) 日に ( ) 回 普通 軟便 下痢 便秘
- アルコールは飲みますか? 酒 1日 ( ) 合・ビール 1日 ( ) 本
- たばこを吸いますか? 1日 ( ) 本 ( ) 年間
- 今までに病気にかかったことはございますか? また、手術をしたことはございますか?  
虫垂炎・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・心臓病・高血圧・糖尿病・喘息  
その他 ( )  
内服中の薬はありますか? はい いいえ
- あなたの血縁関係で次の病気にかかった人はございますか?  
癌・心臓病・高血圧・糖尿病・喘息・肺結核・その他( )
- 今までに、薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか? はい いいえ
- 女性の方にお聞きします。  
妊娠中ですか? また、妊娠の可能性はありますか? はい いいえ  
月経 ( 順調・不順 ) 最終月経 ( 月 日 ) 閉経 ( 才 )

\* ご記入いただきました内容は秘密を厳守いたします。

ご協力ありがとうございました。

森田内科医院