

ふりがな

氏名

問診票

住所：

Tel自宅 ()

携帯 ()

年 月 日

以下の問いに○をしてお答えください。

体温 度

Q1：現在のかぜ、感冒用症状を教えてください。（複数回答可）

熱・鼻水・咳・のどが痛い・節々が痛い・身体がだるい・たんがでる・食欲がない
その他 ()

Q2：いつから症状がありますか。

・今日から ・昨日から ・数日前から ・その他 (月 日頃から)

Q3：上記症状に何か対処（医療的）はしましたか。

・特に何もしていない ・他の医療機関にかかった →Q4へ
・市販の薬を飲んだ（薬名；) →Q5へ

Q4：Q3の医療機関ではお薬を処方されましたか。

・処方された 薬剤名 ()
・処方されない

Q5：処方または市販薬を飲んで症状に変化はありましたか。

・特に変わらない ・症状が良くなってきた ・症状が悪化した

Q6：上記症状とは別に常に飲んでお薬はありますか。

・ある 薬剤名 ()
・ない

Q7：定期的に健診・人間ドックなどを受けていますか。また受けられて何か異常を指摘されましたか。

・受診している 病名 ()
・受診していない

Q8：以下の既往または現在治療中の病気はありますか。

・狭心症 ・心筋梗塞 ・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・脳梗塞

上記以外で今までかかった病気があれば教えてください。

()

上記病気で手術などを受けましたか。その時、輸血をしましたか。

・手術を受けた ・受けない ・輸血を ・した ・しない

Q9:何かのアレルギーはありますか。

・ある 薬アレルギー (・抗生剤 ・その他の薬 (薬剤名)
食べ物アレルギー (・そば ・卵 ・牛乳 ・えび ・かに ・さかな ・肉類)
その他 ()
・ない

Q10:アルコールを飲みますか。

・飲む (・ビール ・焼酎 ・ウイスキー ml/回 (回/ 日・週・月)
・ほとんど飲まない ・飲まない

Q11:タバコは吸いますか。

・吸う (本/ 日) ・吸わない
・以前吸っていた (年前まで 本/ 日)