

# 問 診 票

年 月 日

おなまえ \_\_\_\_\_ 歳 (男・女)

何科にかかりますか? ○を付けてください。

(内科・循環器内科・糖尿病内科・外科・整形外科・脳外科・皮膚科・眼科)

今日はどうなさいましたか?

その症状はいつからですか?

熱のある方は→ \_\_\_\_\_ °C

咳・息切れなどの呼吸器症状がありますか? ある ・ ない

最近、海外旅行に行かれましたか? 又、どちらに行かれましたか?

行った 国名 \_\_\_\_\_ ・ 行ってない

病気・けが・手術の経験はありますか? ある→ \_\_\_\_\_ 歳の時 \_\_\_\_\_ の病気、けが  
ない

現在、治療中の病気はありますか? ある→ 病気の名前 \_\_\_\_\_  
ない

現在、服用中の薬はありますか? ある→ 薬の名前 \_\_\_\_\_  
ない

本日より過去3カ月以内に他の医療機関に入院されていませんか?

していた→ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 の間

していない 医療機関名 \_\_\_\_\_

アレルギー体質がありますか? ある→ \_\_\_\_\_  
いいえ

タバコを吸いますか? はい→ 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間  
やめた→ いつやめましたか? \_\_\_\_\_  
いいえ

お酒を飲みますか? はい→ 1日 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 本くらい  
いいえ

◆女性の方だけお答えください。

最終生理はいつですか? \_\_\_\_\_ 年 月 日

現在 妊婦の可能性はありますか? はい ・ いいえ

現在 授乳中ですか? はい ・ いいえ

※この問診票の内容は一切秘密にされます。診療以外の目的で使われることはありません。