

# 問診票

ID: \_\_\_\_\_

可能な限り下記にご記入、または□にチェックを入れてください

ふりがな			
氏名	男・女	職業	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 歳
住所	〒		
携帯電話	-	-	身長: cm 体重: kg

(車内でお待ちの際は、携帯電話がつながるようにお願いいたします)

Q1 今日はどうなさいましたか？

**発熱など風邪症** 具体的に（排尿時の痛み、頻尿、結石の痛み、湿疹など）  
**状の方は2枚目** ( )  
**に記入**

性感染症

Q2 その症状はいつからありますか？

**発熱など風邪症**  
**状の方は2枚目** ( )  
**に記入**

Q3 現在、治療中の病気はありますか？

なし 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 緑内障 気管支喘息  
その他 ( )

Q4 内服中の薬はありますか？

いいえ はい→ ( お薬手帳持参 )

Q5 過去に大きな病気・手術の経験がありますか？

いいえ はい→ ( )

Q6 お薬や食物のアレルギーがありますか？

いいえ はい→ ( )

Q7 (女性のみ)

妊娠：していない わからない している→ ( 週)  
授乳：していない している

# 問診票