

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	男・女	職業				
氏名						
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

Q1 今日はどうなさいましたか？

発熱など風邪症
状の方は発熱問
診票に記入

(具体的に)
☐ 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
状の方は発熱問
診票に記入

()

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