

問診票

記入日 R 年 月 日

フリガナ
お名前

身長	_____ cm
体重	_____ kg

郵便番号

電話番号

住所

1. 今日どのようなことで、来院されましたか？（該当に○をお付けください）

発熱 ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 咽頭痛 ・ 倦怠感 ・ 頭痛 ・ いびき ・ 昼間の眠気
検査希望 ・ 健診で異常指摘 ・ 紹介状持参 その他（ _____ ）

2. 症状はいつからですか？ _____ から

熱のある方 現在 _____ °C 最高の体温は、いつ？ _____ °C

3. 1で咳に○をつけた方 _____ にお聞きします。ぜん息と言われたことがありますか？

ない ・ ある（ _____ 才頃） ぜん息の吸入薬を使ったことが ない ・ ある

吸入薬名 _____ 吸入回数 朝 _____ 回 ・ 昼 _____ 回 ・ 夜 _____ 回

4. 現在、治療中のご病気がありましたらお書きください。

高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 認知症

COPD ・ 睡眠時無呼吸症候群 その他（ _____ ）

5. 現在、内服されているお薬がありましたらお書きください。

_____ 医院より ・ _____ 病院 _____ 科より

薬の名前（ _____ 年前から服用）

薬の名前（ _____ 年前から服用）

6. 今までにかかられたご病気・手術がありましたらお書きください。

・（ _____ ）才 病名（ _____ ） ・（ _____ ）才 病名（ _____ ）

7. お薬、食べ物でアレルギーはありますか？ 無 ・ 有（ _____ ）

8. お酒は飲まれますか？ いいえ ・ たまに ・ はい（週 _____ 日程度 1日量 _____ ）

9. タバコは吸われますか？ いいえ ・ はい（1日 _____ 本） ・ 禁煙した（ _____ 年前）

10 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある（ _____ 週目）

ご協力ありがとうございました。 旭岡木ロクリニック