

問診票

年 月 日

| | | | | | |
|------|-----|-------------|----------------|-------|--|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 大・昭・平・令 年 月 日生 | | |
| お名前 | | | 年 齡 | 才 職 業 | |
| ご住所 | 〒 — | 電 話 | | () | |
| | | 携 帯 電 話 | | () | |
| | | | | | |

① 今日はどうなさいましたか？

② その症状はいつ頃から起こり、どのように経過していますか？

年 月 日から (日前 週間前 ヶ月前 年前)
 (突然起こった・だんだん起こってきた・その他 _____)
 (変わらない・悪くなっている・よくなっている・その他 _____)

③ この症状で他の医療機関にて治療を受けましたか？

いいえ はい (いつ: 病院名: 病名:)

④ 今までにかかったことのある病気があれば教えてください。(○で囲んでください)

喘息 高血圧 心臓病 糖尿病 脂質異常症 胃潰瘍 肝臓病
 腎臓病 緑内障 その他 ()
 手術を受けたことがある (時期: 手術名:)

⑤ 薬などのアレルギーはありますか？(注射、食べ物、花粉など)

いいえ はい
 原因物質(具体的に):
 症状: 発疹 喘息発作 気分不良 おう吐 意識消失 ショック状態
 その他 ()

⑥ 現在内服中のお薬はありますか？

いいえ はい (薬の名前:)

⑦ 治療方法について選択してください。(☑を付けてください)

- 西洋薬での治療を希望する
 漢方薬での治療を希望する
 西洋薬でも漢方薬でもどちらでも良い

尚、問診票に記載して頂いた患者様の個人情報 は診療行為のみに使用致します。

い し わ た 医 院