

# 問 診 票

記入日 年 月 日

(フリガナ)	性別	生年月日
お名前	男・女	年 月 日生 歳
ご住所 〒 -	お電話番号	

## 1. 本日はどうされましたか？

熱がある 息が苦しい 喉が痛い 痰がからむ（透明・白・黄色・赤） 咳がでる 鼻水がでる  
日中の眠気がある いびきが気になる  
頭が痛い お腹が痛い 下痢 吐き気 身体がだるい 皮疹がある その他（ ）

## 2. その症状はいつごろからですか？

頃から、（毎日続いている・時々ある）

## 3. 現在治療中の病気、または、過去に治療を受けた大きな病気や怪我はございますか？

ない  
ある 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 心臓疾患 喘息 アトピー 花粉症  
緑内障 前立腺肥大症 その他（ ）

## 4. 現在飲んでいるお薬はありますか？

ない ある（薬剤名： ） ※薬手帳持参 あり・なし

## 5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

ない ある（具体的に： ）

## 6. タバコは吸いますか？

吸ったことがない・やめた（ 歳頃に）・吸っている（ 歳から、1日 本）

## 7. お酒は飲みますか？

いいえ・はい（毎日・時々 を 杯）

## 8. ご家族で以下の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

結核（肋膜炎・カリエス含む）喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 その他（ ）

## 9. ペットは飼っていらっしゃいますか？

いいえ・はい（ を室外・室内で）

## 10. 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠していますか？ いいえ わからない はい（ ヶ月）

## 11. その他、治療に対してご意見、ご要望がございましたらご記入ください。