

問 診 票

記入日：平成 年 月 日

(書ける範囲で結構です。この情報は診療のためにしか使いません) 吉本医院

ふりがな

氏名 _____, 昭・平 年 月 日生, 歳. 男・女

住所 (〒 _____)

電話番号 _____, 身長 _____ cm, 体重 _____ kg. 体温: _____ 度.

1. どのような症状で来院されましたか?
(_____)

2. その症状はいつ頃からですか?
(_____)

3. そのために今までどこかで診察を受けましたか? なんと言われましたか?
いいえ・はい 病院名・診断名 (_____)

4. 現在お薬は飲まれていますか? (今回の症状と関係ある, なしにかかわらず)
いいえ・はい 薬剤名 (_____)

5. 現在治療中, または指摘されている病気はありますか?
いいえ・はい (糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧症・その他 (_____)

6. 今まで食べ物・薬・注射などでアレルギーを起こしたことはありますか?
いいえ・はい (_____)

7. 喫煙しますか?
元々吸わない・禁煙した (_____ 歳まで, 1日 _____ 本)・吸う (_____ 歳から, 1日 _____ 本)

8. 飲酒しますか? いいえ・はい (種類と量 _____)・禁酒した

9. 女の方へ. 月経中ですか いいえ/はい. 妊娠中ですか いいえ/はい(_____ カ月)/不明