

# 問診表

フリガナ

お名前	男・女
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 満 歳
ご住所 〒	
TEL (自宅)	TEL (携帯)
※お電話番号は日中連絡のつく番号をご記入下さい。	
メールアドレス	@
ご職業	

本日ご来院された病気についてお伺いします。

・場所（部位）はどこですか。

→右の図に斜線か○印を付けてください。

・どのような症状ですか。

( )

・症状はいつからですか。

( )

(1) 今回の症状を他院で治療されたことはありますか。

(病院名： ) (処方薬： )

(2) 以下の病気にかかったこと、治療中の病気はありますか。

心臓疾患・高血圧・糖尿病・緑内障・前立腺肥大

(その他 (具体的に)

(3) 現在服用中のお薬はありますか。

(薬剤名： )

(病名： )

(4) 今までに薬、注射で副作用が生じたことはありますか。

もしあれば薬剤名と症状を具体的にお書きください。

(薬剤名： )

(症状： )

(5) (女性の方) 現在妊娠中又は妊娠の予定はありますか。授乳中ですか。

なし・妊娠中 ( 週) ・妊娠予定・授乳中

その他 ( )

(6) 皮膚科の薬には眠気の出るものもあります。あなたは車の運転や

危険な作業をすることがありますか？ (はい・いいえ)

