

# 問診票

記入日 年 月 日

患者氏名

年齢(満) 歳 (男・女)

記入者氏名

家族、施設職員、職場関係者  
その他( )

(患者本人の場合は不要)

①紹介状の持参はありますか。 ( はい ・ いいえ )

②症状について

1. どのような症状がありますか。(例：かぜ、発熱、倦怠感、腰痛など)

( )  
2. それはいつ頃からですか。( )

③検査や処置などで、希望することはありますか。

( )

④現在服用している薬はありますか。 ( はい ・ いいえ )

1. 薬の名前を教えてください。

( )

2. 今までに定期的な通院や入院したことがありますか。

(例：高血圧、狭心症、心筋梗塞、糖尿病、腎盂腎炎、膀胱炎、尿管結石、胆石、脊柱管狭窄症など)

( )

3. 現在、定期的に通院している病院はありますか。(病院名)

( )

⑤薬や注射で合わないことはありますか。(例：ショック、発疹、吐き気など)

1. はい (症状 ) (薬品名 )

2. いいえ

⑥アレルギーはありますか。(例：食品、薬品(内服を含む)、アルコール綿、喘息、じんましんなど)

1. はい ( )

2. いいえ

⑦喫煙はしますか。

1. はい (一日\_\_\_\_\_本、約\_\_\_\_\_年間)

2. いいえ

⑧お酒を飲む習慣はありますか。

1. はい ( 毎日 ・ 週2~3回 ・ 時々 ) (量\_\_\_\_\_本)

2. いいえ

⑨・現在妊娠していますか。 ( はい ・ いいえ)

・妊娠の可能性はありますか。 ( はい ・ いいえ )

・現在授乳中ですか。 ( はい ・ いいえ )

⑩上記以外で何か伝えておきたい事はありますか。

( )