

# 問診表

お名前

年齢

歳

男・女

1. 現在お困りのこと、気になることはなんですか？

2. いつごろ始まりましたか？ また、きっかけはありましたか？

3. この病気で、今までに治療や検査を受けたことはありますか？

ある(受けた場所: ) ない

4. 現在お薬を飲んでいますか？

はい(内容: ) いいえ

5. 妊娠の可能性について

妊娠していない      わからない      妊娠している(妊娠      ヶ月)

6. 薬によるアレルギーや副作用を経験したことはありますか？

ある(薬の名前: ) ない

7. 今までかかったことのある病気は？(現在も含む)

高血圧・糖尿病・高脂血症・がん・結核・脳卒中・肝臓病・腎臓病・心臓病・不整脈・  
心筋こうそく・狭心症・胃炎・胃かいよう・花粉症・ぜんそく・アレルギー・ちくのう症・  
中耳炎・へんとう腺・緑内障・前立腺肥大・その他( )

8. 輸血を受けたことは？      ない      ある(いつですか？ )

9. タバコは？      吸わない      吸う(1日      本)

10. お酒は？      飲まない      時々飲む      ほぼ 毎日飲む(量は？ )

11. 現在の体調について、当てはまるものに○をしてください

熱っぽい・だるい・疲れやすい・食欲がない・冷える・のぼせる・せき・痰・  
喉が痛い・頭痛・肩こり・イライラする・寝汗をかく・便秘・下痢・吐き気・  
腹痛・ドキドキする・息苦しい・胸が痛い・眠れない・尿が少ない・尿の回数  
が多い・鼻づまり・鼻水・くしゃみ・聞こえが悪い・耳が痛い・めまい・生理  
不順・便に血がつく・その他( )

何かご希望がございましたら、病気のこと以外でも結構ですでお書き下さい