

# 問 診

ふりがな 生年月日： 年 月 日生  
氏名（ ）（代筆 ）  
住所（ ）連絡先（ ）自宅・携帯）

※受診されるすべての方におたずねします。

1. 身体状態 身長（ ）cm 体重（ ）kg  
熱（ ）℃ 血圧（ / ） 脈拍数（ ）/分  
\* 計測後記入します
2. 現在の症状 症状は？（ ）  
いつからですか？ 朝から・昨夜から・昨日から・2、3日前から・4、5日前から  
1週間前位・1ヶ月以上前・その他（ ）
3. 現在他院にかかっていますか？ はい・いいえ  
何科ですか？（ ）科
4. 現在服用中の薬剤はありますか？ ある・なし  
薬剤名は？（ ）
5. 後発医薬品（ジェネリック）について 希望します・希望しない・医師と相談して決めたい
6. アレルギーはありますか？ あり・なし  
何のアレルギーですか？ 薬品 詳細（ ）  
食品 詳細（ ）  
その他 アレルギー（ ）  
詳細（ ）
7. タバコは吸いますか？ 吸う・吸わない  
1日の喫煙量は？（ ）本/日 喫煙年数（ ）年
8. 飲酒量は？ 飲まない・時々・毎日  
1日の飲酒量は？アルコール種類（ ）（ ）本/日
9. ペースメーカーはつけていますか？ ない・ある
10. 妊娠の可能性はありますか？ ない・ある  
出産予定日はいつですか？（ 年 月 日）・未定
11. その他、他の医師より報告するように言われていることがあればご記入ください。  
（ ）
12. もし、あなたの病気が癌の場合、告知を希望されますか？ はい・いいえ