

# 問診票

年 月 日

ふりがな		性別	男・女
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	才
ご住所	〒 —		
電話番号	ご自宅		
	携 帯		

\* 受診する科

内科  皮膚科

\* 本日はどうなさいましたか

( )

\* 症状が出たのはいつからですか？

本日～  昨日～  1週間前～  2、3週間前～  1ヶ月前～

\* 現在の症状についてあてはまるものに☑をつけて下さい。

38℃以上の熱  嘔吐  下痢  腹痛  頭痛  のどの痛み  
 咳  痰  鼻水  その他の症状 ( )

皮膚の症状 (  頭  顔  手  足  上肢  下肢  体幹  全身

\* 今までにかかった病気について

喘息  じんま疹  アレルギー性鼻炎  心臓の疾患  高血圧

高脂血症  糖尿病  肝臓病  腎臓病  膠原病  脳疾患

その他 ( )

\* 現在内服しているお薬が  ある  ない

お薬手帳はお持ちですか？  持っている  持っていない

\* 今までに薬のトラブルが  ない  ある (ある場合は薬剤名をご記入ください)

薬剤名 ( )

\* 車・バイクの運転

運転する  運転しない

\* 女性の方へ

妊娠されていますか

はい  わからない