

予診表

以下の質問にできるだけお答え下さい。より適切な診療をするためのものです。

月 日

ふりがな				大・昭・平
氏名	男・女		生年月日	年 月 日(満 歳)
住所	〒		電話番号	—
初診・再診・紹介	緊急時 家族・知人の 連絡先		携帯電話	— —

[1] 本日はどのような症状で来院されましたか？(複数回答可)

いつごろから ()

どのような症状ですか？

頭痛 発熱 喉の痛み せき たん 鼻水 鼻づまり 悪寒 関節痛 胸痛 めまい 動悸 息切れ

胃痛 むねやけ 胃もたれ 吐き気 嘔吐 吐血

腹痛 下痢 便秘 下血 その他(健診など)

[2] 現在治療中の病気はありますか？ ※「お薬手帳」がある方は出してください。

1 いいえ

2 はい 病名 []

[3] 今までに病気やけがで入院や手術を受けたことがありますか？

1 いいえ

2 はい ()

[4] お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

1 いいえ

2 はい ()

[5] タバコはお吸いになりますか？

1 いいえ

2 はい (本/日)

3 以前は吸っていたが今はやめている。

[6] お酒はお飲みになりますか？

1 飲まない

2 時々飲む

3 ほとんど毎日飲む

[7] 女性にお聞きします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？

1 いいえ 2 はい 3 わからない(最終月経 月 日頃)

授乳中ですか？

1 いいえ 2 はい