

東商ビル診療所  
問診票

お名前 \_\_\_\_\_ (ふりがな \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_ (〒 \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ ( 自宅・勤務先・携帯 )

生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

性別 男性 ・ 女性

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

既往歴 以下の病気にかかったことはありますか？また、それはいつですか？

喘息 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) \_\_\_\_\_ 高血圧 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) \_\_\_\_\_ 心疾患 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

前立腺肥大 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) \_\_\_\_\_ 胃潰瘍 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

緑内障 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) その他 (病名: \_\_\_\_\_ 時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

常用薬 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

今現在、なにかの病気で治療を受けていますか？

病名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ 服用薬 \_\_\_\_\_

今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

いいえ ・ はい (薬の名前、食べ物の名前 \_\_\_\_\_ )

女性の方へ 妊娠していますか？ はい (妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

どんな症状でお困りですか？ (主症状)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

いつ頃からですか？

\_\_\_\_\_

該当する症状に○をお付けください。

咽喉頭 : 喉が痛い 出血する 咳 痰が多い (黄色、粘性) 声が嚙れる

鼻 : 鼻痛 鼻水 (水様、黄色) くしゃみ 鼻つまり 鼻出血

耳 : 聞こえにくい 耳閉塞感 耳鳴

頸部 : 腫れている

めまい

呼吸 : 睡眠中呼吸が止まる いびき 夜息苦しい

その他 : \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。診療に役立たせていただきます。常用薬あるいは薬手帳をお持ちでしたらスタッフにお見せください。また、お気づきの点などございましたらスタッフにお声をおかけください。