問診表　　西暦　　年　月　日　曜日

ふりがな

氏名　　**男　女（　　才）生年月日（　　年　　月　　日）**

住所（連絡先）　　**☎（　　）**

発熱あれば（　　℃）体重（　　kg）（喫煙　有：　　本/日　無）飲酒（　　/日）

❶最もお困りの症状を<u>ひとつ</u>お書きください（　　）

＊いつから、何がどのようにありますか？

＊今回の症状で<u>市販薬</u>または<u>他の病院で治療</u>をうけましたか？　□　はい　□　いいえ
はいの人・いつ頃：　　市販薬名：
病院名：　　診断、治療：

❷いままで<u>薬を使用後</u>、気分不良、湿疹など<u>副作用</u>がありましたか？□　はい　□いいえ
はいの人・薬物名：　　薬使用から発生までの時間（　　）

❸<u>以下の病気</u>がありますか？　◇花粉症　◇アレルギー鼻炎　◇喘息　◇アトピー
◇蕁麻疹　◇乳児湿疹　◇高血圧　◇糖尿病　◇高脂血症　◇高尿酸血症　◇胃潰瘍
◇心臓病　◇肝臓病　◇腎臓病　◇緑内障　◇前立腺肥大　◇けいれん　◇不眠
◇便秘　◇その他（　　）病院名：

＊現在飲んでいる薬または市販薬がありますか？　　□　はい　□　いいえ
はいの人・<u>薬手帳提出</u>または薬品名：

＊いままで大きな病気や手術の経験はありますか？　□　はい　　□　いいえ
具体的な病名または手術（　　）

❻<u>女性</u>　妊娠中ですか？　　□いいえ　□はい：妊娠　　ヶ月
妊娠の可能性ありますか？　□いいえ　□はい：最終月経初日　　月　　日
授乳中ですか？　□いいえ　□はい：月齢　　ヶ月◇母乳　◇ミルク　◇混合

❼<u>乳幼児</u>　◇託児所　◇保育園　◇幼稚園　◇サークル
きょうだいは？　□無　　□有り（構成と年齢：　　）