

問 診 票

フリガナ

氏名

記入日 年 月 日

<p>◆症状、受診目的</p> <p>肩こり・腰痛・頭痛・筋肉の痛み・だるい・関節の痛み・不眠</p> <p>手のこわばり・目の乾燥・口が渴く・動悸・発汗</p> <p>健康診断で異常を指摘された・その他()</p>						
<p>◆いつからですか？</p>						
<p>◆既往歴</p>	<p>病名：(才) 手術歴：(才)</p> <p>病名：(才)</p> <p>病名：(才) その他：</p> <p>病名：(才)</p> <p>病名：(才)</p>					
<p>◆感染症</p>	<p>なし・あり → B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒</p>					
<p>◆アレルギー</p>	<p>なし・あり → (薬) (食物)</p> <p>その他()</p> <p>アルコール消毒はかぶれますか？ いいえ・はい</p>					
<p>◆飲酒</p>	<p>なし</p> <p>あり(毎日・週2~3回・週4~5回・お付き合い程度)</p>					
<p>◆運転</p>	<p>なし・あり(毎日・週2~3回・週4~5回・週末・不定期)</p>					
<p>◆日常生活</p>	<p>歩行可・杖使用・車椅子使用・補聴器使用・その他()</p>					
<p>◆月経</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"> <p>順・不順</p> <p>閉経(才頃)</p> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"> <p>◆妊娠の有無 (現在)</p> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"> <p>いいえ はい(週)</p> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"> <p>◆妊娠希望の有無 (現在)</p> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"> <p>いいえ はい</p> </td> </tr> </table>	<p>順・不順</p> <p>閉経(才頃)</p>	<p>◆妊娠の有無 (現在)</p>	<p>いいえ はい(週)</p>	<p>◆妊娠希望の有無 (現在)</p>	<p>いいえ はい</p>
<p>順・不順</p> <p>閉経(才頃)</p>	<p>◆妊娠の有無 (現在)</p>	<p>いいえ はい(週)</p>	<p>◆妊娠希望の有無 (現在)</p>	<p>いいえ はい</p>		
<p>◆ご家族の病歴</p>	<p>父母、兄弟</p> <p>祖父母</p>					
<p>◆ジェネリック処方</p>	<p>希望する・どちらでも良い・希望しない</p>					
<p>◆その他</p>	<p>事前に伝えておきたいこと・・・などご自由に記入してください。</p>					