

# 一般問診表

ご紹介者( )  
(フガナ) ( 明治・大正 )  
氏名( ) ( 昭和・平成 ) 年 月 日生  
( ) 才  
住所( )  
電話番号( ) ( ) - ( )

現在の病状について記入してください。

症状 ( ) いつ頃から ( )

の病状に対して薬の使用は? [ 有 ・ 無 ]  
薬剤 ( ) いつ頃 ( )

アレルギーは? [ 有 ・ 無 ]  
薬剤 ( ) 食物 ( )  
病気 [ アトピー ・ ぜんそく ・ 他 ]

今まで入院・手術・長期間の通院は? [ 有 ・ 無 ]  
病名 ( ) 病院名 ( )  
いつ頃 ( ) 期間 ( )

現在治療中の病気は? 常用中の薬剤は? [ 有 ・ 無 ]  
病名 ( ) 病院名 ( )  
いつから ( ) 薬剤名 ( )

検診等で指摘されたことのある病気に を付けてください。  
( 心臓病 肝臓病 腎臓病 高血圧 糖尿病 リウマチ  
高脂血症(コレステロールが高い) 他 ( ) )

現在、妊娠中、または妊娠の可能性は? [ 無 ]  
[ 有 ] ( ) ヶ月  
授乳は? [ 有 ・ 無 ]

喫煙は? [ 無 ]  
[ 有 ] 一日に ( ) 本 ・ 喫煙歴 ( ) 年間

飲酒は? [ 無 ]  
[ 有 ] 何を? ( )  
[ 毎日 ・ 週に ] 日程度 ]