問　診　票

年　月　日

フリガナ お名前	生年月日(大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年　月　日	歳	男・女	小児の方 体重 kg
〒 ご住所		電話番号		

1 .現在服用中の薬がありますか？　(はい ・ いいえ)　※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください。

⇒「はい」の方でお薬手帳をお持ちでない方は病院名と薬の名前をご記入ください。

（病院名：　　薬剤名：　　）

2. かゆみ止め、風邪薬などで眠くなったりのどが乾いたり、身体がだるくなったりしたことはありますか?

(はい ・ いいえ)

3. 現在治療中の病気がありますか？

糖尿病　(はい ・ いいえ)

現在治療中 ・ 糖尿病予備軍 ・ 以前言われたことがある

ぜんそく　(はい ・ いいえ)

アレルギー性鼻炎　(はい ・ いいえ)

肝疾患 ・ 腎疾患 ・ ･心臓 ・ 高血圧 ・ コレステロール ・風邪 ・ ぜんそく ・ 鼻炎

泌尿器系 ・ 血液さらさら ・ 胃腸系 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ 感染性の疾患

その他（　　）

4. 今まで薬で副作用(アレルギー)がでたことがありますか?

(はい ：副作用が出た薬剤名【　　】・ いいえ)

5. 胃は丈夫ですか?

(はい ・ いいえ)

6. 飲めない薬はありますか？

はい（ 粉末 ・ 錠剤 ・ カプセル ） ・ いいえ (※乳幼児の方はシロップとなります。)

7.《女性の方》現在妊娠中･または授乳中ですか？

妊娠中（　　ヵ月） ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中 ・ どちらでもない

8. 喫煙歴についてお伺いします

吸っている ・ 吸っていない ・ 以前吸ったことがある

9. 介護施設入所中または通所介護(デイサービス)を利用している方へ

施設名（　　）　連絡先（　　）

●続けて症状問診に記入をお願いします