

問診票（成人）

診察を円滑にするため、次の質問にお答え下さい

ふりがな
お名前 _____ 職業 _____ 結婚（未・既）

住所 _____ 市 _____ 町 _____ 区 _____ 番地、電話（ ） - _____

常用薬（ある _____、ない）

薬を飲んだり注射をしたあと、具合の悪くなったことがありますか？

（ある _____、ない）

酒（飲む・飲まない） タバコ（吸う・吸わない）

輸血を受けたことがありますか（ある・ない）

1. いつから、どのような症状がありましたか。

2. これまでかかった主な病気 あるいは現在治療中の病気は？

_____ 才 _____ 才 _____ 才

3. 次の中で、現在あるものには○を、以前あったものにはVを付ける。

- | | | |
|-------------------------|-------------|----------------|
| 1) 発熱 | 11) はきけ | 21) 腰痛 |
| 2) せき、たん | 12) 食欲がない | 22) 関節痛 |
| 3) のどの痛み | 13) 腹痛 | 23) 皮膚のかゆみ |
| 4) のどが ^{かわ} 渇く | 14) 便秘 | 24) 黄だん |
| 5) 肥ってきた | 15) 下痢 | 25) おでき、湿疹 |
| 6) やせてきた | 16) 神経痛、筋肉痛 | 26) 尿量が多い |
| 7) 胸痛 | 17) 頭痛 | 27) 眼がかすむ |
| 8) 動悸 | 18) 手足のしびれ | 28) 手のこわばり、ふるえ |
| 9) 息切れ | 19) めまい、耳鳴り | 29) 疲れやすい |
| 10) むくみ | 20) 肩こり | 30) 不眠 |

4. 家族（両親・兄弟・祖父母）に次の病気の人がありますか？ 結核、
ぜんそく、じんましん、アレルギー性鼻炎（花粉症）、アトピー性皮膚炎、
薬剤アレルギー、脳卒中、^{がん}癌、心臓病、腎臓病、糖尿病、肝臓病、貧血

ご協力ありがとうございました。医療法人聖橋堂 澤田こどもクリニック