

## 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 <sup>かわ</sup> 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、<sup>がん</sup>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