

## 問診票

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

① 本日はどのような理由で来院されましたか？

② その症状はいつ頃からですか？

③ 今回の症状で今までに治療を受けられましたか？ 「はい」の方はいつ頃、どちらの医療機関に受診しましたか？

いいえ  はい (医院名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_ )

④ 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ  はい (病名・治療の内容 \_\_\_\_\_ )

⑤ 現在、服用中・外用中の薬 (市販薬も含む) はありますか？

いいえ  はい (薬品名： \_\_\_\_\_ )

⑥ 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

いいえ  はい (病名： \_\_\_\_\_ )

⑦ 女性の方へ：現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？

いいえ  はい

⑧ 直近3か月以内に渡航歴はありますか？

いいえ  はい \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (渡航場所： \_\_\_\_\_ )

\*ご協力ありがとうございました。