

問診票

常用薬について お薬手帳あり・お薬手帳忘れ・使用中の薬なし・別紙参照
※お薬手帳に記入のない場合は、使用中の薬(目薬や外用薬含む)をご記入ください。
()

お名前： _____ 記入日： _____ 年 月 日

1. 現在、もっとも困っているものに○をつけてください。

めまい 耳鳴り 難聴 その他

()

2. 今までに治療したことのある、疾患や手術があれば○をつけてください。

特になし

高血圧・低血圧・糖尿病・脂質異常症・高尿酸血症・貧血・甲状腺機能

結核・心疾患・ペースメーカー・脳疾患・癌・白血病

白内障(右・左)・緑内障(右・左)・透析治療中(シャント右・左)

虫垂炎・胃潰瘍・逆流性食道炎

骨折・人工関節(股関節・膝関節 右・左)・ヘルニア(腰椎・頸椎)

帝王切開・子宮筋腫・子宮摘出・卵巣摘出

その他： ()

3. たばこについて教えてください。

①現在吸っている () 歳から 1日に()本

②以前吸っていたがやめた () 歳～() 歳 1日に()本

③吸ったことがない

4. お酒について教えてください。

①定期的に飲酒 毎日・1週間に()日 量()

ビール・日本酒・焼酎・ワイン・その他()

②機会があれば(飲み会など)飲酒する

③アルコールアレルギーはないが、飲まない

④アルコールアレルギーがあるため、飲めない

(症状：蕁麻疹・気分不良・嘔気・痒い・動悸・息苦しさ・その他)

5. 妊娠や授乳について教えてください。

・現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ)

→はいの方：予定日はいつですか？()年()月()日

・現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

6. アレルギーについて教えてください。当てはまるアレルギーに○をつけ、症状（例：蕁麻疹・皮膚が赤くなる・かゆくなる等）を簡単に記入してください。

- ・ 今までにアレルギー症状は出たことがない
- ・ 薬（薬剤名： _____ 症状： _____）
- ・ 食物（食品名： _____ 症状： _____）
- ・ 花粉症（スギ・ヒノキ・その他： _____）
- ・ ぜんそく・アトピー・金属・アルコール（アルコール消毒・お酒）
- ・ その他（ _____ ）

7. 職業・仕事の内容・通勤所要時間・手段を教えてください。

職業・仕事内容：（ _____ ）
通勤所要時間：約（ _____ ）分 通勤手段：徒歩 自動車 自転車 電車 バス

8. 頭を強く打ったり、叩かれたことがありますか。 （はい・いいえ）

9. 騒音や大きな音で耳を傷めたことがありますか。 （はい・いいえ）

10. かんだり、鼻をかんだ時に、めまいを起こしたことがありますか。
（はい・いいえ）

11. 鼓膜が破れたことがありますか。 （はい・いいえ）

12. 特殊な薬剤（劇薬、塗料など）を取り扱ったことがありますか。
（はい【薬剤名： _____】・いいえ）

13. 睡眠について教えてください

- ・ 布団に入る時間：（ _____ ）時（ _____ ）分
- ・ 寝付くまでにかかる時間：約（ _____ ）分
- ・ 入眠中、夜中に目が覚めますか。 （はい・いいえ）
- ・ 起床時間：（ _____ ）時（ _____ ）分
- ・ 朝起きた時に熟睡した感じはありますか。 （はい・いいえ）

14. 食欲について教えてください

- ・ 食欲の低下はありますか。 （はい・いいえ）
 - ・ 急激な体重の増減はありますか。 （はい・いいえ）
- はいの方はどれくらいの期間で何キロの増減がありましたか。
期間（ _____ ） 体重の増減（ + - _____ kg ）

15. 通院する場合、希望の来院曜日や時間があれば記入してください。
（ _____ ）