

酒井内科 問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	男・女	生年月日
			大正 昭和 年 月 日 平成
連絡先	〒		TEL
職業			E-mail

■本日はどうなさいましたか。

現在の症状について○で囲んでください。

発熱 頭痛 肩こり 腰痛 しびれ 咳 鼻汁 痰 のどの痛み 息苦しさ 胸痛 動悸 めまい
 体重減少 食欲不振 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 全身が怠い 頻尿 残尿感 排尿痛 不眠
 その他 (_____)

■上記の症状はいつからですか？ (_____)

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気はありますか？

- ・(いいえ)
- ・(はい) → どんな病気・けがでしたか？ (_____)
 いつ頃 (約 月前/約 年前)
- 現在治療中： (医療機関名 _____)

■現在飲まれているお薬はありますか？

- ・(いいえ) ・(はい) → どのようなお薬ですか？ (_____)

■サプリメント・健康食品を服用していますか？

- ・(いいえ) ・(はい) → どのようなものですか？ (_____)

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

- ・(いいえ) ・(はい) → (薬： _____ 食品： _____ その他： _____)

■緑内障と言われたことがありますか？ (いいえ) (はい)

■たばこ：(吸わない)・(過去に吸っていた)・(現在も吸っている)： 本/日 (歳～)

■アルコール：(飲まない)・(飲む) → (週 回・種類 _____ どれくらい： _____)

■妊婦の可能性： (あり)・(なし) 授乳中： (はい)・(いいえ)

ご協力ありがとうございました。