

# 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 \_\_\_\_\_ ヶ月前/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。