

問診票（当院の診察券をお持ちの方用）

記載年月日 年 月 日

診察券番号
(ふりがな)
お名前

- 1) 本日は（ 薬がなくなった ・ 調子が悪い ）
薬がなくなった方（ 調子は良い ・ 調子が悪い ）
調子が悪い方は症状をお書き下さい

- 2) 食欲はありますか （ はい ・ いいえ ）
- 3) よく眠れていますか （ はい ・ いいえ ）
- 4) 便通はいいですか （ はい ・ いいえ ）
「いいえ」の方は気になる点をお書き下さい

- 5) 体重の増加や減少があればお書き下さい
・（ 年 ・ 月 ・ 週 ・ 日 ）前と比べ（ kg 増えた ・ 減った ）
・ 特に変わりはない
- 6) 他院で内服中の薬があればお書き下さい（お薬手帳をお持ちの方は結構です）

- 7) タバコを吸いますか （ はい ・ いいえ ）
「はい」の方（1日 本 × 年間）
前よりも（ 増えた ・ 減らしている ）
- 8) お酒を飲みますか （ はい ・ いいえ ）
「はい」の方（お酒の種類； お酒の量； ）
（週に 日程度 ・ 毎日 ）
前よりも（ 増えた ・ 減らしている ）
- 9) (女性の方へ) 妊娠している可能性はありますか
（ はい ・ いいえ ・ わからない ）