

# 問診表

受診日 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記の質問にお答え下さい。記入された方は、受付にお出し下さい。

## 1 本日の症状を簡単にお書き下さい。

( \_\_\_\_\_ )  
KT :

## 2 今までに通院や入院をしたことがありますか。

いいえ ・ はい ( 「はい」の場合は、病名をご記入下さい。 )

## 3 現在治療中の病気はありますか。

いいえ ・ はい ( 「はい」の場合は、使用中の薬剤名をご記入下さい。 )

## 4 今までに、薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー : いいえ ・ はい 薬剤名 : \_\_\_\_\_

症状 : \_\_\_\_\_

食べ物のアレルギー : いいえ ・ はい 薬剤名 : \_\_\_\_\_

症状 : \_\_\_\_\_

## 5 日常生活について、当てはまるところに 印を、( )内は数字をお書き下さい。

\*たばこについて

・吸わない ・吸っていた ・吸っている

1) 1日に ( )本くらい  
2) 合計 ( )年間くらい

\*アルコールについて

・毎日 ・週5日程度 ・時々 ・ほとんど飲まない

## 6 緑内障の既往歴はありますか。

・はい ・ いいえ

## 7 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか ・ はい ・ いいえ 授乳中ですか ・ はい ・ いいえ

ご協力、ありがとうございました。

緊急で診察しなければならない患者様や、予定よりも時間をとらなければいけない患者様もいらっしゃるため、予定時間通りに診察できない場合がありますが、ご了承下さい。