# 問診票

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | | | |
| 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | M/T/S/H　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (　　) | 職業 | |
| ここを知られたのは？<br>インターネット　・　新聞　・　薬局　・　知人　・　家族　・　その他 | | | |

**問診票１**

身長　　ｃｍ　　体重　　ｋｇ

１．今、どこの具合が悪いのですか？
（　　）

２．いつからどんな症状がでましたか？
年　　月頃から（症状：　　）

３．現在、病気やけがで通院中ですか？
はい・いいえ
・通院中の方は病名を教えて下さい。
（　　）

４．今、通院中の方はどんな治療を受けていますか？
（　　）
・服用中の薬があれば教えて下さい。
（　　）

５．薬（注射、のみ薬、ぬり薬等）で発疹がでたり気分が悪くなった事がありあますか？
はい・いいえ
・はいと答えた方はその薬を教えて下さい。
ピリン（風邪薬）・ペニシリン・その他（　　）

６．次の病気にかかった事がありますか？
喘息・結核・高血圧・心臓病・糖尿病・肝臓病・腎臓病・血液病・神経症
アレルギー症（喘息）・鼻炎・アトピー性皮膚炎・その他（　　）

７．手術や大けがをした事がありますか？
はい・いいえ
・はいと答えた方は病名を教えて下さい。
（　　）

８．皮膚が特にかぶれやすいですか？
はい・いいえ

９．胃が特に弱いですか？
はい・いいえ

１０．現在、妊娠中ですか？（成人女性のみ）
はい・いいえ

１１．家族でアレルギー体質と言われた人がいますか？
はい・いいえ

１２．次のことに答えて下さい。
酒　　：　飲む（１日　　合）　・　飲まない
ビール　：　飲む（１日　　本）　・　飲まない
たばこ　：　吸う（１日　　本）　・　吸わない
食欲　　：　良　・　普通　・　不良
便通　　：　１日　　回　、　又は　　日に１回
睡眠　　：　良　・　普通　・　不良

**問診票２**

１．冷えるたちですか？　はい・いいえ
どこがよく冷えますか？　手　・　足　・　腰　・　腹

２．肩がこりますか？　はい・いいえ

３．汗が出やすいですか？　はい・いいえ

４．のどが渇いてお茶や水をよく飲みますか？　はい・いいえ

５．頭がよく痛みますか？　はい・いいえ

６．めまいや立ちくらみがよくおこりますか？　はい・いいえ

７．目が疲れやすいですか？　はい・いいえ

８．動悸がしたり、胸が痛む事がありますか？　はい・いいえ

９．体のどこかがむくむ事がありますか？　はい・いいえ
どこがむくみますか？　顔　・　手　・　足

１０．のぼせやすいですか？　はい・いいえ

１１．月経（生理）は順調ですか？（成人女性のみ）　はい・いいえ

※以上ご記入の上、当店まで返送（FAX）お願い致します。

**三牧ファミリー薬局**
〒573-0093
大阪府枚方市東中振１－７－１３
TEL：072-835-0101　FAX：072-835-0102
メール：info@mimaki-family.com
**http://www.mimaki-family.com/**