問　　診　　票

氏名

下記のご質問にお答えください。該当する□に、✓印を付けてください。

1. どのような症状でいつ頃からお困りですか。

どのような症状ですか。

□頭痛　□せき　□鼻水　□のどの痛み　□熱

□お腹が痛い　□食欲がない　□胃が痛い　□下痢　□便秘

□吐き気　□嘔吐　□めまい　□体がだるい　体温（　　℃）

□その他の症状

（　　）

いつ頃からですか。　□1～3 日前から　□1 週間前から　□3 週間前から　□1ヶ月前から

□2ヶ月前から　□その他　（　　）前から

2. 現在、他の医療機関にかかっていますか。

□いいえ

□はい　※「はい」の場合は、ご記入ください。

病名：　　現在の治療薬

3. 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。

薬や食べ物のアレルギー

□いいえ　□はい

薬剤名または食べ物名：　　症状：

4. たばこについて、お答えください。

□吸わない　□吸っていた（やめて　　年）　□吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1）2）にお答えください。

1)1 日に（　　）本くらい　2)（　　）年間くらい

5. 女性の方のみお答えください。現在妊娠中またはその可能性がありますか。

□いいえ　□はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

一般財団法人 大阪府結核予防会