

問診票

年 月 日

| | | | |
|------|------|------|--------------------|
| フリガナ | | 男 | 生年月日 |
| 氏名 | | 女 | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (自宅) | (携帯) | |

今日はどうかさいましたか？該当するものにチェックをお願い致します。

発熱 頭痛 のどの痛み 咳・痰 鼻水・鼻づまり 関節の痛み
 めまい ふらつき 動悸 息苦しい 体がだるい 食欲がない
 腹痛 下痢 血便 吐き気 皮膚のかゆみ むくみ
 その他 ()

症状はいつ頃からありますか？

今日～ 数日前～ 1週間前～ その他 ()

現在治療中・または過去にかかった病気はありますか？

なし
 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 痛風
 アトピー性皮膚炎 喘息 脳出血・脳梗塞 がん
 その他 ()

現在服用中のお薬はありますか？

なし
 あり お薬手帳を持参している
 お薬手帳の持参なし (お薬名)

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし
 あり (お薬名・食べ物名)

煙草を吸いますか？

吸わない
 吸う (本/日) (喫煙歴 年間)
 やめた (年前に)

お酒はのみますか？

飲まない
 飲む (週 日) (種類・量)

※女性の方のみ

妊娠中ですか？ いいえ はい (週目)
 授乳中ですか？ いいえ はい