

問 診 票

年 月 日

ふ り が な 氏 名	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px;"></div> <div style="text-align: right; padding-top: 5px;">男 ・ 女</div>
生 年 月 日	(大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (歳)

☆ 初めておかけの方、変更のある方はご記入をお願いします。

住 所	〒
T E L	[自宅] [携帯]

①どのような症状ですか？(○をつけてください) 体 温 _____℃

発熱 のどが痛い 咳 鼻水 頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 吐き気
 疲れやすい 動悸 めまい 息苦しい むくみ
 その他()

②症状はいつ頃からですか？(○をつけてください)

今日 昨日 ()日前 ()週間前

③現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？(○をつけてください)

はい(お薬手帳をお出してください) ・ いいえ
 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳疾患 心臓病
 その他()

④過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？ はい いいえ

『はい』の方...(才頃)、病名()

⑤アレルギーはありますか？

食べ物 : いいえ はい()
 薬 剤 : いいえ はい()

⑥嗜好品についてお答えください。

お 酒 : 飲む(1日 本) ときどき 飲まない
 たばこ : 吸う(1日 本) 以前吸っていた 吸わない

⑦女性の方のみお答えください。
 妊娠中ですか？(はい ・ いいえ ・ 可能性あり) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
 ↑はいとお答えの方はご記入ください 出産予定日(年 月 日)