

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな			
氏 名			男 ・ 女
生年月日	( 大 ・ 昭 ・ 平 )	年 月 日	( 歳 )

↓ ☆ 初めておかかりの方、変更のある方のご記入をお願いします。

住 所	〒		
TEL	[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 \_\_\_\_\_ °C

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    (    ) 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 \_\_\_\_\_ ml )    とくとき    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 )