

問 診 票

記入日 _____

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)	性 別 男 ・ 女
住所 〒 _____		
電話番号	携帯電話	
		体温 _____ °C

■今日はどうかさいましたか？当てはまる症状に○をつけてください

- ・ 声がかれる
- ・ 鼻水
- ・ のどの痛み
- ・ 頭痛
- ・ せき
- ・ たん
- ・ 息苦しい
- ・ 吐き気
- ・ 腹痛
- ・ 嘔吐
- ・ 下痢
- ・ 便秘
- ・ 食欲がない
- ・ 腰痛
- ・ 関節の痛み
- ・ 動悸
- ・ 息切れ
- ・ 体がだるい
- ・ めまい
- ・ ふらつく
- ・ 血圧が高い (/)
- ・ その他

{ _____ }

■その症状はいつからですか？

{ _____ }

■現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

{病名: _____ }

■今、飲んでおられるお薬はありますか？ はい ・ いいえ

{お薬名: _____ }

※お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

■薬や食べ物のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

{お薬: _____ 食べ物: _____ }

■今までに病気・入院・手術をされたことはありますか？ はい ・ いいえ

{病名: _____ }

■生活習慣について

- ・ お酒は飲みますか？ 飲む ・ 飲まない
- ・ タバコは吸いますか？ 吸う (1日 _____ 本) ・ 吸わない ・ 禁煙した (_____ 年前から)

■女性の方のみお答えください

- ・ 妊娠されていますか？ はい (_____ 週目) ・ いいえ
- ・ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

※ 当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します。詳しくは掲示物をご覧ください。

