

問診票

記入日 年 月 日

氏名 男・女

住所 〒 -

電話番号 自宅 () - 携帯番号 -

生年月日 年 月 日(満 歳)

① 本日はどうされましたか? ○印をつけてください

1. 発熱 2.関節の痛み 3.のどの痛み 4.咳・痰 5.鼻水 6.動悸 7.むくみ

8.めまい・ふらつき 9.息苦しい 10.体がだるい 11.食欲がない 12.腹痛 13.下痢 14.血便

15.吐き気 16.その他気になる症状がありましたら、詳しくご記入下さい

()

② その症状はいつからですか? 年 月頃から

③ 現在、治療中の病気はありますか?

あり・なし (病名)

④ 過去にかかった病気や、受けた手術はありますか?

あり・なし (病名)

⑤ 注射や薬で副作用が起こったことはありますか?

あり・なし (薬名)

⑥ アレルギーはありますか?

喘息・アトピー・食品(品目)

2枚目に続く

⑦ お酒は飲みますか？

はい ・ いいえ ビール・日本酒・ウイスキー・ワイン 1日(本)

⑧ たばこは吸いますか？ はい ・ いいえ 1日(本)

※女性の方におたずねします。

現在、妊娠されていますか？ はい ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

⑨ 当院をどこで知りましたか？

・チラシ ・ホームページ ・SNS ・知人の紹介 ・通りがかり

・その他()

ありがとうございました。