

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・ウィスキー・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？

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。