

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日
住所 〒	電話番号	

体温 _____℃

●今日はどうされましたか 現在ある症状に○をして下さい

寒気 節々の痛み 頭痛 喉の痛み 熱 鼻水 せき たん 血痰 胃痛
腹痛 めまい 血便 血尿 どうき 胸の痛み 息苦しさ 尿が出にくい
体がだるい はきけ 嘔吐 下痢
その他 ()

●現在通院している病院や診療所はありますか ある・ない

●現在服用しているお薬はありますか ある・ない
※ある場合はお薬手帳や投薬袋などわかるものをお出し下さい

●今までに大きな病気をしたことはありますか ある・ない

●喫煙習慣はありますか？下記よりお選びください。
□無 □有：1日 _____本 _____歳から □禁煙中：期間 _____

●アルコールは飲みますか？種類とおおよその量と頻度をお答えください。
飲まない 飲む→何をどれくらい？： _____
週に何日？：週 _____日

●薬や食べ物で副作用やじんましんが出た事がありますか？
ある（具体的内容： _____）・ない

●女性の方にお尋ねします
・妊娠していますか はい () 週・いいえ
・授乳中ですか はい・いいえ

●診察についてのご希望があればお聞かせ下さい

()

ご協力ありがとうございました。個人情報厳守いたしますのでご安心ください。