

記入日 年 月 日

問診票

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H/R	年 月 日 (歳)	体重
住所 〒 -		性別 男・女	熱 °C
電話番号	携帯電話		

●どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- 発熱 咳 痰 鼻水 鼻づまり くしゃみ のどの痛み 頭痛 胃痛
腹痛 耳痛 関節痛 だるい 下痢 便秘 嘔吐 吐気 食欲不振
気持ち悪い 湿疹 めまい 動悸 健診結果 紹介・転院
その他()

●その症状はいつからですか？ 月 日 時ころ～

●現在治療中の病気

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 痛風(尿酸値が高い) 脳梗塞 不整脈 喘息
緑内障 関節リウマチ 前立腺肥大 うつ病 甲状腺疾患 心疾患()
アレルギー その他()

●今、飲んでいるお薬 なし あり

おくすり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。受付にお出しください。

[]

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

[]

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

・いつ

・病名

・病院名

●生活習慣について (成人の方)

- ・お酒 飲む(・1日 ml・週に ml) 飲まない
・たばこ 吸う (1日 本 年間) 吸わない 禁煙した(年前から)

●女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無 あり なし ・授乳中ですか？ はい いいえ