# 問　診　票

| 体温　　度　　分 | | 平成　　年　　月　　日 | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 大　昭　平 | 年　　月　　日生 |
| 氏名 | | 性別 | 男　　女 | 年齢　　歳 |
| ご住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | －　　－ | | 緊急連絡先 | |
| 携帯 | －　　－ | | 続柄 | |
| その他（会社等） | －　　－ | | 氏名 | |

● 今日は、どのような症状で、来院されましたか？　あてはまるものに○をつけてください

発熱　鼻水　咳　痰　頭痛　喉の痛み
吐気（はきけ）　嘔吐（おうと）　下痢　腹痛　胃痛　便秘
頻尿　残尿感　排尿痛　腰痛　浮腫（むくみ）
口渇　冷汗　倦怠感　体重増加　体重減少
動悸　息切れ　呼吸苦　胸の痛み　背中の痛み　関節痛
その他、気になる症状を、書いてください(

●症状は、いつ頃からでましたか？　年　月　日　時頃から
他の医療機関で、受診されましたか？　はい（　薬あり　薬なし　）いいえ

●今までに、かかった病気や現在治療中の病気は、ありますか？
あてはまるものに、○をつけてください

高血圧　糖尿病　脂質異常症　脳卒中　心臓病　肝臓病　腎臓病
喘息　骨粗鬆症　結核　リュウマチ　癌　その他（　　）

●お薬のアレルギーは、ありますか？　はい（　　）いいえ
●現在たばこを、吸っていますか？　はい（　1日　　本　）いいえ
お酒は、飲まれますか？　毎日　時々　飲まない
●１ヶ月以内に、海外渡航されましたか？　はい（　国名　　）いいえ
●女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか？　はい（　現在　　週　）いいえ
現在授乳中ですか？　はい（　1日　　）いいえ
●サプリメント（栄養補助食品）を服用していますか？　はい（　　）いいえ

## ※　お薬手帳を、お持ちでしたら、ご提示ください