

問 診 票

体温		度	分		
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 排尿感 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受診中の病気は、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 チュウマチ 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