

問診票

No.

平成 年 月 日 ()

体温: 身長: cm 体重: kg

ふりがな				生年月日	年	月	日	
お名前			性別	男 女				歳
ご住所	〒							
電話番号			携帯番号					

●どのような症状がありますか？

※下のあてはまるものに○を囲んで下さい

今気になる症状

発熱 度 鼻水 のどの痛み
咳 息苦しさ 下痢 はきけ、嘔吐
お腹の痛み 胸・背中
の痛み のどの乾き 動悸

()
いつ頃から
()

●その他気になる症状

●他の医療機関を受診されましたか？

はい いいえ

治療内容 ()

※お薬手帳やお薬情報をお持ちでしたらご提示下さい

●今までにおおきな病院や手術をしましたか？

はい いいえ

高血圧 糖尿病 高脂血症 腎臓病
脳梗塞 肝臓病 心臓病 喘息
膠原病

その他 ()

●食べ物のアレルギー

あり なし
()

●薬のアレルギー

あり なし
()

●1ヶ月以内に海外渡航されましたか？

はい いいえ
国 ()

●女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか

はい いいえ
最終月経 (月 日)