

問 診 票

受診日： 年 月 日

ふりがな
お名前：

体温

℃

① あてはまる症状にチェックして下さい。

- 発熱 頭痛 胸の痛み 食欲不振 動悸
嘔吐・吐き気 腹痛 息切れ 呼吸苦 めまい

その他

② その症状はいつからですか？あてはまるところにチェックして下さい。

- 今日 昨日 おととい 一週間前 その他 ()

③ 今までに治療した病気やケガについてご記入ください。

年齢	病名	手術の有無	病院名

④ 現在、内服している薬はありますか？ ※お薬手帳の持参 (あり ・ なし)

※お薬のアレルギー (あり ・ なし)

⑤ 嗜好品についてうかがいます。

↓例. ビール 500 mlを毎日

- ・お 酒 (飲む ・ 飲まない) 飲む方⇒ () を () くらい
(毎日 ・ たまに)
・たばこ (吸う ・ 吸わない) 吸う方⇒ () 本を () 歳から

⑥ 女性の方へ

- ・現在、妊娠はしていますか？ (いいえ ・ はい ⇒ カ月)
・最終月経 (月 日 ~ 月 日)

⑦ その他

特に何かご希望がありましたらお書き下さい。