

問 診 票

平成 年 月 日

下記の項目についての記入、または で囲んでください。

ふりがな				男・女	身長	
お名前					体重	cm
生年月日	明・大・昭・平	満	歳	電話番号		
	年 月 日生			緊急連絡先		
住所	〒					

現在お住まいの住所をご記入下さい。

1. 本日は、どのようなことで来院されましたか？

発熱	頭痛	腹痛	下痢・便秘	吐き気・嘔吐
せき・タン	鼻水・鼻づまり	めまい	手足のしびれ	のどの痛み
胸の痛み	息が苦しい	予防接種	健康診断	検査

その他 ()

それはいつ頃からですか？ ()

2. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい(病名:)

3. 現在お飲みになっている薬はありますか？

いいえ はい(薬名:)

4. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

いいえ はい()

5. 女性の方にうかがいます

現在妊娠中ですか？ はい いいえ

6. その他、気になることがありましたらご自由にお書きください。