

問診票

黒のボールペン等でご記入下さい

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	世田谷 太郎		身長	cm
お名前	世田谷 太郎		男・女	体重
生年月日	明・大・昭・平	満 歳	電話番号	03 - -
	年 月 日生		緊急連絡先	090 - -
住所	〒 154 - 0024 世田谷区三軒茶屋 - - マンション 号室			

緊急連絡を要する場合がありますので、必ずご記入下さい

現在お住まいの住所をご記入下さい。

住民票上ではなく、実際に住んでいらっしゃる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？ (昨日の 20 時ころ)

2. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい (病名：胃炎)

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：ガスター10)

4. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

いいえ はい (卵、牛乳)

5. 女性の方にかかっていますか？

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。