

問診票

黒のボールペン等でご記入下さい

記入日：令和〇〇年〇〇月〇〇日

下記の項目について、または〇で囲んでください。

ふりがな	たがや たろう		身長	〇〇〇 cm
お名前	世田谷 太郎		男・女	〇
生年月日	明・大・昭・平・令	満〇〇歳	体重	〇〇 kg
	〇〇年〇〇月〇〇日生		自宅電話	〇3-〇〇〇〇-〇〇〇〇
			携帯電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所	〒154-0024 世田谷区三軒茶屋〇-〇〇-〇〇〇マンション〇〇〇号室			

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。