

問 診 票

記入日：令和 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				※1	身長	
お名前				男・女		cm
					体重	
生年月日	明・大・昭・平・令・西暦	満 歳	自宅電話番号			
	年 月 日		携帯電話番号			
住所	※2 〒					

※1 生物学的性を○で囲んでください。 ※2 現在お住まいの住所をご記入ください。

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. 女性の方にかかっています

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。