問診票

生年月日(初めての方のみ記載)大正・昭和・平成・令和　　年 　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　年齢　　　　　歳　体重　　　 　kg　体温　　　　　℃

住所（初めての方のみ記載）〒

電話番号（初めての方のみ記載）　自宅☎　　　　　　　　　　　　携帯電話☎

1. 今日はどうされましたか？

□熱がある( 日前から)　□咳　□鼻水・鼻つまり　□たん　□のどが痛い　□寒気　□頭痛　□関節痛

□吐き気　□おう吐　□下痢　□腹痛　□胃が痛い　□食欲がない

□胸が痛い　□胸が苦しい　□どうき　□息苦しい　□喘息発作　□頻尿　□排尿痛

□めまい　□だるい　□湿疹　□かゆい　□その他( )

② 症状はいつからですか？

□今日初めて　□( ) 日前から　□ずっと前から

③　現在通院中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

　 □なし　□ある　病名：

③　飲んでいるお薬はありますか？

□なし　□ある　薬品名：

＊お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

④　お薬や食品でアレルギーや副作用が出たことはありますか？(初めての方のみ記載)

　 □なし　□ある　薬・食品名：

⑤　女性の方に伺います

　 □妊娠中( )か月　□妊娠の可能性あり　□授乳中

⑥ 医師の希望のある方はご記入ください（ ）