

# 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

ふりがな  
名前 (男・女) 年齢 歳 体重 kg 体温 °C

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 ( )