

問診票

体温 ℃

ふりがな お名前		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 生まれ
住所	〒		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		

●どのような症状ですか？

- 発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み
 頭痛 腹痛 吐き気 おうと 下痢 便秘 食欲がない
 腰痛 息苦しい からだがだるい めまい ふらつく
 血圧が高い (mmHg)
 その他 ()

●いつからですか？

月 日 時ごろから

●現在治療中の病気はありますか？ なし あり

- 高血圧 脂質代謝異常 (コレステロール異常) 糖尿病 腎臓病 肝炎又は肝機能障害
 痛風 (尿酸値が高い) 脳梗塞 不整脈 気管支喘息 関節リウマチ
 その他 ()

●今、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

「あり」の方 → ()

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

「あり」の方 → ()

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

- ・いつ
- ・病名
- ・病院名

●生活習慣について

- ・お酒 飲む 飲まない
・たばこ 吸う (1日 本 年間) 吸わない 禁煙した (年前から)

●女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無 なし あり (カ月)
・授乳中ですか いいえ はい