

問診票

年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 年 月 日(才)	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 ー			
電話番号		メルアド	

わかる範囲で結構ですので以下の質問にお答え下さい。

●どのような症状ですか？

- 発熱 のどの痛み せき 関節の痛み 頭痛 腹痛 嘔吐
 下痢 食欲がない 息苦しい 胸の痛み めまい
 血圧が高い(mmHg) その他

{ }

●症状はいつからですか？

{ }

●症状はどうなっていますか？

- 良くなっている 変わらない 悪くなっている 波がある

● 現在治療中の病気、過去に入院・手術をしたことがある病気

- なし 高血圧 不整脈 心不全 心筋梗塞 高脂血症 糖尿病
 脳梗塞 喘息 その他

{ }

● 現在飲んでいるお薬 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

{ }

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

{ }

● 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 吸っていた (年前まで)

● 女性の方にお伺いします

・妊娠の有無 なし あり ・授乳中ですか いいえ はい