

問診票

平成 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 T / S / H 年 月 日 ()歳	性別 男・女
住所 〒	—	
電話番号	携帯電話	

・どのような症状で来院されましたか？ 下記のあてはまる症状に○をつけてください

発熱 ()°C 血圧 (/)

咽頭痛 咳 鼻水 頭痛 めまい 吐き気 嘔吐

胸痛 動悸 息苦しい 腹痛 胃痛 食欲不振 発疹

下痢 ()回 便秘 ()日間

その他の症状 ()

※ いつから ()

・今までに以下の病気になったことがありますか？

高血圧 糖尿病 心臓疾患 肝機能障害 喘息

その他 ()

・アレルギー(有・無)ありの場合は、下記にアレルギーの内容を記載ください

()

・現在服用されている薬はありますか(有・無)ありの場合は、下記に

お薬の内容を記載ください()

・女性の方にお伺いたします。現在妊娠していますか (はい・いいえ)