

問診票

ID No. _____

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	

発熱 () °C	血圧 (/)	脈拍 ()
身長 () cm	体重 () Kg	

・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

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 リハビリ希望

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)