

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
お名前		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
住所	〒	電話番号	
身長	cm	体重	kg

1. 今日はどのようなことでいらっしゃいましたか。

- ・熱()°C ・咳 ・痰 ・鼻水 ・頭痛 ・腹痛 ・下痢
- ・嘔気 ・嘔吐 ・動悸 ・胸痛 ・その他()
- ・それはいつ頃からですか。

(月 日 時頃から)

・上記の症状でほかの医療機関を受診されましたか。

いいえ

はい (いつ 病院名 診断名)

2. これまでにかかった病気、現在治療中の病気はありますか。

年齢	病名

3. 現在飲んでいる薬はありますか。

ない ある()

4. アレルギーはありますか。

ない ある(薬、食物、その他:)

5. お酒は飲みますか。

いいえ

はい 何を()どのくらい()ml 毎日・週()回

6. タバコは吸いますか。

いいえ はい1日()本

7. 女性の方のみお答えください。

妊娠の可能性はありますか。(なし ・ あり)

ご協力ありがとうございました。