

問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
住所		電話	()

1. どうなさいましたか？

- かせ症状 (熱がある のどが痛い 鼻水/鼻づまり 咳・痰 頭痛 関節痛)
- 頭痛やめまいがする
- 胸やからだ (胸痛 動悸 息切れ 圧迫感 顔や足のむくみ)
- おなか (腹痛 お腹が張る 下痢 吐き気 便秘 血便 食欲不振)
- 慢性的な病気 (高血圧 高脂血症 糖尿病)
- 健康診断 (健診で異常を指摘された 健康診断を受けたい)
- その他 ()

2. いつからですか？ 昨日から 2～3日前から 先週から それより前()

3. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ない ある ()

4. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？

ない ある ()

5. お薬や食物などでアレルギーが出たことありますか？

なし ある ()

6. (女性の方のみ) 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？

はい いいえ