

問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名	性別・年齢	男	・	女	歳
〒	住所				
☎ 携帯:	-	-	自宅:	( )	

該当するものに○で囲んでください。

当クリニックを知ったきっかけを教えてください  
 (ホームページ ・ 看板 ・ 広告 ・ 近所 ・ 知人 ・ 紹介状持参 )

(1)本日はどうなさいましたか？

発熱 (最高 °C)	鼻水	のどの痛み	体温 °C
せき 痰 (色 )	頭痛	関節痛	小学生のみご記入ください 体重 k g
胃痛 腹痛 吐き気 (水分とれてる・とれてない)			
下痢 (今まで 回 水様便・軟便)	便秘		
めまい 発疹 胸痛 息苦しさ			
残尿感 排尿痛 その他 ( )			

(2)いつからですか？ 月 日から

(3)身近に同じ症状の方はいますか？ いいえ はい( )

(4)今回の症状で他の病院を受診されましたか？  
いいえ はい(処方されたお薬: )

(5)現在、他の病院で治療中の病気はありますか？  
いいえ はい(病名: )

(6)現在、服用しているお薬はありますか？ いいえ はい  
☑『お薬手帳』をお持ちの方はお出し下さい。( )

(7)今までに入院や手術をするような病気をした事がありますか？  
いいえ はい(病名 )

(8)薬や食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか？  
いいえ はい(薬名、食べ物名 )

(9)お酒を飲みますか？ いいえ はい ( 週 回 )

(10)たばこを吸いますか？ いいえ はい ( 1日 本 年前から)

(11)最近海外へ渡航されましたか？ いいえ はい ( 日まで 場所 )

(12)女性の方のみお答えください。(妊娠・授乳について)  
なし 妊娠中 ( カ月) 可能性がある 授乳中