

No :

ID :

問診票

〒 : _____ 電話番号 _____

住所 : _____

ふりがな _____

氏名 : _____ (男 ・ 女)

生年月日 :

M	T								
S	H	年	月	日	年齢 :		歳		

体温 : _____ °C 身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

●初診の方へ

◇ 本日はどのような症状でお困りですか

【 いつから 】

[_____] 日前 [_____] ヶ月前 [_____] 年前

【 どんな 】

発熱 血圧が高い 頭痛 動悸 めまい 嘔吐・吐き気 食欲不振

【 その他の症状 】

[_____]

◇ 下記の病気にかかったことはありますか

糖尿病 喘息 高血圧 脳梗塞 アトピー性皮膚炎
 緑内障 肝炎 不整脈 その他 (_____)

◇ 今現在、治療中の病気はありますか (わかればお薬の名前をお書きください)

[_____]

◆ 薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか (はい ・ いいえ)

『 はい 』と答えた方・・・わかれば薬剤名・食べ物の名前 (_____)

◇ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか (はい ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)

●再診の方へ

定期的な受診

その他

(_____)

ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。