

受付番号

ID

令和

年

月

日

AM

PM

〈問診票〉

クリニック記入欄

検尿実施未実施

ふりがな							
氏名						年齢	歳
生年月日	T・S・H・R 年 月 日					性別	男・女
住所 〒							
自宅電話				携帯電話			
身長	cm	体重	kg	体温	℃		
●食物アレルギーはありますか？					ない ある()		
●薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？					ない ある()		
◎今日はどのような症状でいらっしゃいましたか？							
・発熱 ・咳 ・咽頭痛 ・鼻水 ・血圧が高い ・頭痛 ・動悸 ・胸痛 ・めまい ・嘔吐 ・吐き気 ・食欲不振 ・健診結果での異常							
その他の症状							
◎それはいつごろからですか？							
◎下記の病気にかかった事がありますか？							
・糖尿病 ・喘息 ・高血圧 ・脳梗塞 ・アトピー性皮膚炎 ・緑内障 ・不整脈 ・その他()							
◎今、現在、治療中の病気はありますか？					病名 < >		
◎飲まれている薬はありますか？					薬剤名 < >		
◎1か月以内に海外に行かれた事がありますか？ はい いいえ							
<女性の方に>						保険証お受け取りサイン	
妊娠中ですか？	はい いいえ 解らない						
授乳中ですか？	はい いいえ						