

年 月 日

◆ 問診票 ◆

患者番号( )

フリガナ			
氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 ( )歳
郵便番号	〒	—	
住所			
自宅番号	( )	—( )	—( )
携帯番号	( )	—( )	—( ) * お持ちの方は必ずご記入ください。

身長 ( )cm 体重 ( )kg 職業 ( )

どのような症状ですか？ 当てはまる症状に○をおつけください。

(来院時検温: ) °C )

発熱 ( ) 日 AM / PM 時 ( ) °C ) **体温計返却確認**   
くしゃみ ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 喉の痛み ・ 痰 ・ 咳 ・ 頭痛 ・ 悪寒 ・ 体のだるさ ・ 関節痛  
胃痛 ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐(計 回) ・ 下痢(計 回) ・ 発疹(部位 )  
その他 ( )

その症状はいつからですか？

具体的に :

今までにかかった病気、現在ほかの病院や診療所で治療中の病気がある方はご記入ください。

- ・高血圧 ( )歳 ・糖尿病 ( )歳 ・喘息 ( )歳 ・脳卒中 ( )歳
- ・脂質異常症 ( )歳 ・狭心症 ( )歳 ・心筋梗塞 ( )歳
- ・心不全 ( )歳 ・緑内障 ( )歳 ・前立腺肥大症 ( )歳
- ・その他 病名 ( )歳
- 病名 ( )歳

現在、服用している薬がありましたら、お薬手帳をお見せください。  
お持ちでなければ、ご記入ください。  
<薬名> (市販の薬も)

今までに薬の副作用や食べ物で、アレルギーが出たことのある方はご記入ください。

薬 ・ 食べ物 ( ) 症状 ( )

嗜好品についてご記入ください。

飲酒 しない / する 種類 ( ) 摂取量 ( )ml 頻度 ( 日 / 週 ・ 月)  
喫煙 しない / する ( 本 / 日、 歳から ) / 禁煙した ( 年 月から )

女性の方は必ずご記入ください。

妊娠中ですか？ ( はい ( )週目 / いいえ ) 授乳中ですか？ ( はい / いいえ )  
月経 ( 順調 / 不順 ) 最終月経 ( / ~ / ) 閉経 ( )歳

その他、何かありましたらご記入ください。

( )