

問診票

| | | | | |
|------|-----------|--------|------------|-----------------------|
| フリガナ | | 男 女 | 生年月日 年齢 | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| 氏 名 | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | (自宅) (携帯) | | | |

今日はどうかさいましたか？該当する症状にチェックをお願いいたします

- ☐発熱 ☐頭痛 ☐のどの痛み ☐咳・たん ☐鼻水・鼻づまり ☐関節の痛み
☐めまい ☐ふらつき ☐動悸 ☐息苦しい ☐体がだるい ☐食欲がない
☐腹痛 ☐下痢 ☐血便 ☐吐き気 ☐皮膚のかゆみ ☐むくみ
☐その他 ()

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐脂質代謝異常 ☐心疾患 ☐不整脈 ☐通風 ☐癌
☐アトピー性皮膚炎 ☐喘息 ☐脳出血/脳梗塞
☐その他 ()

現在服用中のお薬はありますか？

- ☐なし ☐あり (お薬名)

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ☐なし ☐あり (お薬名や食べ物名：)

お酒は飲みますか？

- ☐飲まない ☐飲む 週 () 日 種類・量 ()

煙草は吸いますか？

- ☐吸わない ☐吸う 日 () 本 やめた () 年前に

※女性の方のみ

- 妊娠中ですか？ ☐いいえ ☐はい () 週目
 授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

ご協力ありがとうございました。