問　診　票

記入日　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日	年齢
お名前		□ 男性 □ 女性	年　月　日	歳
住　所	〒			
電話番号				

○本日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックをいれてください。

□ 発熱　□ 咳がでる　□ 痰がからむ　□ 鼻水・鼻づまり　□ 寒気がする

□ 頭痛　□ のどの痛み　□ 関節の痛み　□ 体がだるい　□ 食欲がない

□ 吐き気　□ 息苦しい　□ 動悸　□ 腹痛　□ むくみ

□ 皮膚のかゆみ　□ その他（　　）

※その症状はいつ頃からですか？

○現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

□ ない　□ ある　あるとお答えの方は、下記にお答えください。

□ 糖尿病　□ 高血圧　□ 喘息　□ 心臓疾患　□ 不整脈

□ アトピー性皮膚炎　□ 痛風　□ 脳出血/脳梗塞　□ 癌

□ その他（　　）

○現在服用中のお薬はありますか？

□ ない　□ あり（　　）

○お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

□ ない　□ あり（　　）

※女性の方のみにお聞きします

妊娠中ですか？　□ いいえ　□ はい（　　）週目　□ わからない

授乳中ですか？　□ いいえ　□ はい

ありがとうございました