

問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ . _____ . _____ (才)

住所 〒 _____

電話番号 _____ 男 ・ 女 _____

本日はどうされましたか？

熱がある _____ 喉の痛み 咳・痰

めまい 鼻水が出る 悪寒がする 頭が痛い

お腹が痛い 気持ちが悪い 体がだるい 血便

下痢・便秘 その他 _____

今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？

ない ある ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓疾患

脂質代謝異常症 通風 脳梗塞/脳出血

花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎

現在飲んでいる薬はありますか？

ない ある ⇒ お薬手帳をお持ちですか？

お持ちでない場合はご記入ください。

薬 _____

薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない ある ⇒ _____

女性の方にお聞きます

妊娠中ですか いいえ はい _____ 週目

授乳中ですか いいえ はい _____