

問診票

ふりがな				性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名				男・女					
住所	〒								
電話	(自宅)				(携帯)				
身長	cm		体重	kg					

1. いつごろから症状がありますか？

- 今日（来院日 当日）
 昨日（来院日 前日）
 2、3日前
 1週間前
 それより前（1週間以上前）

2. どのような症状ですか？

- 熱がある
 のどが痛い
 鼻水・鼻づまり
 せき
 痰（たん）
 息苦しい
 頭痛
 めまい
 吐き気
 腹痛
 じんましんが出る
 食欲がない
 下痢
 便秘
 胸痛
 動悸
 血圧が高い
 その他（下記にご記入ください）
 その他（ _____ ）

3. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？

- はい
 いいえ
 「はい」の方→（治療中の病気や服用中のおくすりをご記入ください）
-

4. おくすりや食べ物にアレルギーはありますか？

- はい
 いいえ
 「はい」の方→（おくすり名や食べ物をご記入ください）
-

その他（ _____ ）

ご記入有難うございました。記入が終わられましたら受付までお声かけ下さい