

# 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 年 月 日 ( 歳)	性別 男・女	体温 °C
住所 〒			
連絡先電話番号	身長 cm	体重 kg	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください。

●どのような症状ですか？以下のあてはまる症状にチェックをつけてください。

- 発熱    のどの痛み    せき    たん    鼻水    関節の痛み  
 頭痛  
 腹痛    吐き気    おうと    下痢    便秘    食欲がない  
 腰痛    息苦しい    からだがだるい    めまい    ふらつく  
 血圧が高い (   mmHg)

その他、気になることがございましたらご記入ください。

{ }

●現在治療中の病気

- なし    あり  
 高血圧    高脂血症    糖尿病    腎臓病    痛風（尿酸値が高い）  
 脳こうそく    不整脈    ぜんそく    花粉症    アトピー  
 緑内障    関節リウマチ  
 その他（   ）

●今飲んでいるお薬

なし    あり  
おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

{ }

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし    あり

{ }

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？

なし    あり

・いつ

・病名

・病院名

●生活習慣について

- ・お酒    飲む    飲まない  
・たばこ    吸う（1日   本   年間）    吸わない    禁煙した（   年前から）

●女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無    なし    あり   ・授乳中ですか    はい    いいえ