◇◇問診票◇◇

ID：　　記入日　　年　月　日

フリガナ お名前	生年月日 大・昭・平　年　月　日	歳
ご住所　〒　－	身長　cm	体重　kg
電話番号　－　－	体温　℃	

① どのような症状で来院されましたか？

・発熱　・咳､喉の痛み　・吐き気　・下痢　・めまい　・頭痛
・血圧が高い　・胸の痛み　・動悸　・息苦しさ
・その他（　　）

それはいつからですか？（　　）

② 現在治療中の病気はありますか？

□ある（　　）　□なし

③ 現在飲まれているお薬はありますか？

□ある → お薬手帳があればご提示ください　□なし

④ 入院や手術をされたことはありますか？

□ある（病気：　　時期：　　）　□なし

⑤ お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

□ある（　　）　□なし

⑥ タバコは吸われますか？

□吸う(1 日　本　年間)　□以前吸っていた　□吸わない

⑦ 女性の方へ、現在は妊娠中ですか？　また授乳中ですか？

□はい(　妊娠中・授乳中　)　□いいえ

◇ ご記入が済みましたら受付にご提出ください ◇
◇ ご協力ありがとうございました ◇