

# 問診票

年 月 日記

ふりがな 氏名		性別 男・女	年齢 歳
住所	〒		身長 cm 体重
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
電話番号	(自宅)	(携帯)	

★今日はどのような事でしたか？当てはまるものに○をしてください

発熱 頭痛 喉の痛み 咳 痰 関節の痛み 腰痛 腹痛  
吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲不振 息苦しい めまい ふらつき  
身体がだるい 鼻水 鼻詰まり その他( )

★その症状はいつからですか？

今朝・昨日・一昨日・それ以上(具体的に )

★3か月以内に海外へ行きましたか？はいの場合必ず訪問した国名までお答えください。

いいえ・はい(いつ頃 国名 )

★以前、ぜんそくと診断されたことはありますか？

いいえ・はい(お薬名 )

★現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい(病名 )

★今服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい(お薬名 )

★お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい(食べ物 )(お薬 )

★今までに入院・手術をされたことがありますか？

いいえ・はい(具体的に )

★お酒は飲みますか？ いいえ・はい

★タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う(一日 本)・やめた( 年前から)

●女性の方のみお答えください●

☆妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい( 週目)

☆現在授乳中ですか？ いいえ・はい(お子さんの年齢 歳 ヶ月)

最後までご記入ありがとうございました、お手数ですが受付までお渡してください。