

年 月 日

問診票

フリガナ		性別	男	女	
氏名		生年月日	年	月	日 (歳 ヶ月)
住所 〒					
電話番号	—	—			

体温 _____

★15歳以下のお子様のみ ⇒ 体重 _____ kg

★本日はどうされましたか？

- 熱がある 喉の痛み 咳・痰 頭が痛い めまい
鼻水が出る 悪寒がする 血便 腹痛 気持ちが悪い
体がだるい 下痢 その他 _____

★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 脂質異常症
痛風 脳梗塞 喘息 その他 _____

★現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない
ある ⇒ お薬手帳はお持ちですか？
本日お持ちでなければ薬の内容をお書きください。

★アレルギーはありますか？

- ない
ある ⇒ アレルギー内容をお書き下さい。 _____

★現在妊娠されていますか？（女性のみ）

- いいえ はい ⇒ 現在何ヶ月ですか？ _____ ヶ月

★現在授乳中ですか？（女性のみ）

- いいえ はい