

年 月 日

## 問診票

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名		女	年齢		(	歳)	
住所	〒						
電話番号	(自宅)		(携帯)				

**今日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックをお願いいたします**

- 発熱    頭痛    のどの痛み    咳・たん    鼻水・鼻づまり    関節の痛み  
めまい    ふらつき    動悸    息苦しい    体がだるい    食欲がない  
腹痛    下痢    血便    吐き気    皮膚のかゆみ    むくみ  
その他 ( )

**現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？**

- 高血圧    糖尿病    脂質代謝異常    心疾患    不整脈    通風    癌  
アトピー性皮膚炎    喘息    脳出血/脳梗塞  
その他 ( )

**現在服用中のお薬はありますか？**

- なし    あり (お薬名 )

**お薬や食べ物のアレルギーはありますか？**

- なし    あり (お薬名や食べ物名 )

**お酒は飲みますか？**

- 飲まない    飲む 週( )日 種類・量( )

**煙草は吸いますか？**

- 吸わない    吸う 日( )本 やめた( )年前に

**※女性の方のみ**

- 妊娠中ですか?    いいえ    はい ( ) 週目

- 授乳中ですか?    いいえ    はい

ご協力ありがとうございました。