

## 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)			

今日はどうかさいましたか？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。