

問診票

ご記入日	年	月	日	体温		度	分		
フリガナ				生年月日 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前									
ご住所	〒			携帯電話					
				自宅電話					

該当する項目にチェックを付けてください。

今日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい
	その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい
	検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 健康診断
※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらにご記入ください。		
症状はいつからですか？		
現在治療中の病気、 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あると答えた方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()
飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あると答えた方 薬品名 ()
お薬や食品で アレルギーが出たことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あると答えた方 薬品名 () 食品名 ()
手術をされたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あると答えた方 いつ頃 () 部位 ()
食事はされてきましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 () カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	
当院を何でお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ご紹介 () 様 <input type="checkbox"/> その他 ()	

●お薬手帳をお持ちの方は
受付にご提示ください。