

記入日： 年 月 日

問 診 票

フリガナ		男 ・ 女	大・昭・平・令	体 重
氏 名			年 月 日(歳)	kg
住 所	〒			
電話番号				

今日はどうなさいましたか？ 当てはまる症状にチェック・記入をお願いいたします。	
いつから()	
かぜ症状	<input type="checkbox"/> 発熱(度) <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水(透明・白色・黄色・緑色) <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> たん(透明・白色・黄色・緑色・血痰) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛
腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢(軟便・水様便) <input type="checkbox"/> 血便
胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 発疹(部位:) <input type="checkbox"/> かゆみ(部位:)
その他	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 背中中の痛み <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> ふらつき

特に調べてほしいこと、検査・治療がありましたらご記入下さい。

現在治療中の病気・過去に治療を受けた病気はありますか？
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> がん(部位:) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他()

現在、飲んでいるお薬はありますか？
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
※お薬手帳をお持ちの方は受付へお出し下さい。

喫煙・飲酒について教えてください。
喫煙: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した(年前から。それまでの喫煙歴: 本/1日 × 年間)
飲酒: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(頻度: 1日 /量: /種類:)

薬・注射・食べ物のアレルギーはありますか？
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(種類: /症状:)

女性の方のみお答え下さい。現在、妊娠している可能性はありますか？
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(妊娠 週目・授乳中) <input type="checkbox"/> わからない