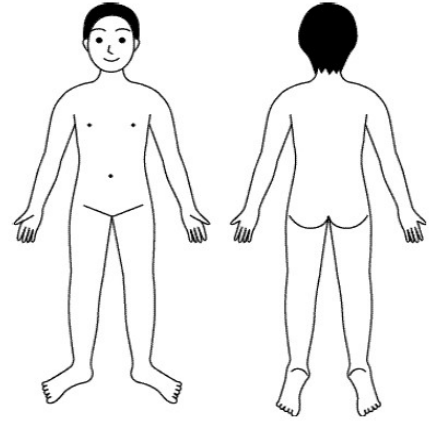


問診票

ふりがな お名前：	性別： 男・女	年齢： 歳 か月
体重： k g (小学生以下)	体温： °C (発熱日： /)	

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ ↓ 具合の悪いところに○をつけてください。

熱 ・ 咳 ・ のどが痛い ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ 寒気
 腹痛 ・ 下痢 ・ はき気 ・ 嘔吐 ・ 便秘 ・ 胃痛
 胸やけ ・ 動悸 ・ めまい ・ 胸痛 ・ 発疹 ・ いぼ
 関節痛 ・ 腰痛 ・ 肩こり ・ 痔 ・ けが
 その他 ()



2. 今回はいつからですか？

いつから () 詳しい症状 ()

3. 今月、発熱等で何か検査をされましたか？

いいえ ・ はい
 ()

4. 本日、先生のご希望はありますか？ はい (先生) ・ いいえ
 ご希望がない場合、最も早くお呼びできる先生でお呼びいたします。

5. 現在治療中 または 今までにかかった病気はありますか？

(当院の受診が初めての方のみ、お答え下さい。)

ない ・ ある (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ ぜんそく)
 その他 ()

6. 現在、当院以外で処方されているお薬はありますか？

ない ・ ある ()

7. 飲み薬や湿布、注射でアレルギーや副作用がでたことがありますか？

ない ・ ある (薬： 症状：)

8. 女性の方にお伺いします。

- ① 妊娠していますか？ はい (月) ・ いいえ
 ② 妊娠、または妊娠の可能性がありますか？ はい ・ いいえ
 ③ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

