

# 問 診 票

年 月 日

(フリガナ)

・氏 名

・性 別 男 ・ 女

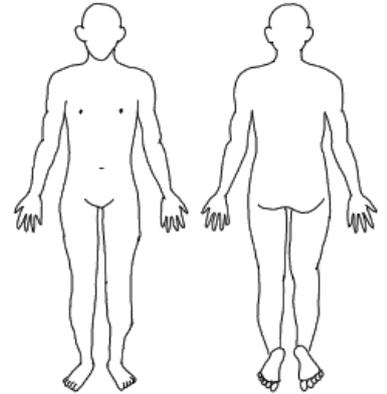
・生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

・ご 住 所 〒

・電話番号

◆ 本日はどうされましたか？イラストに部位を示して下さい。  
以下の症状には✓を付けて下さい。

- 発熱  頭痛  鼻水  喉の痛み  咳  痰  
 腹痛  吐き気  嘔吐  下痢  便秘  食欲不振  
 動悸  息切れ  めまい  ふらつき  
 その他〔



◆ その症状はいつ頃からありますか？

◆ 現在治療中の病気はありますか？  
ない ・ ある ( )

◆ 今服用しているお薬はありますか？  
ない ・ ある ( )

◆ 大きな病気をされたことはありますか？  
ない ・ ある ( )

◆ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？  
ない ・ ある ( )

◆ お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい

◆ タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う(一日 本) ・ 禁煙した( 年前から)

◆ 女性の方にお尋ねします。

・妊娠されていますか？ いいえ ・ わからない ・ はい( 週目)

・授乳中ですか？ いいえ ・ はい