

ID: _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票

※記入の必要はありません。		体温	℃		
【Nsメモ】	DM・HT・BPH アストマ HD・PM				
フリガナ		性別	生年月日		
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
住所	〒				
電話	自宅:		携帯:		

1. どうなさいましたか？

(症状に○をつけ、記入もお願いします。最もつらい症状に◎を付けて下さい。)

- ・症状はいつからですか？ _____ 日前から
- ・せき (少し・多い・眠れない程) _____ ・たん (少し・多い・白色・黄色・緑色)
- ・鼻水 (少し・多い・白色・黄色) / 鼻づまり ・頭痛 (重い感じ・ずきずきする) ・関節痛
- ・吐き気 _____ ・嘔吐 (_____ 回) ・下痢 (_____ 日前から、 _____ 回/日・水様便・軟便)
- ・腹痛 ・食欲不振 ・胸痛 ・動悸 ・めまい (ふわふわする・ぐるぐるまわる)
- ・その他 (_____)

小学生以下の方は体重を記入してください (_____ Kg)

2. 今までかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症 / 心筋梗塞 ・ 脳卒中
その他 (_____)

→治療されていますか？ _____ している ・ _____ していない

3. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？ ある ・ ない

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

(_____)

4. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

(_____)

5. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません。)

近所に在住 (通勤・通学路) / ホームページ/広告 (駅地図広告・電柱広告) / 知人の紹介
他の医療機関からの紹介 / その他

ご家族の紹介 氏名 (_____)