

ID: \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 問 診 票

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

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 ( \_\_\_\_\_ )