

問診票

体温 °C

ふりがな		生年月日	(男 女)
氏名		M T S H	年 月 日 歳
住所	〒	電話番号	
		携帯電話	
		上記以外の連絡先	()
職業			

今日どのような症状で来院されましたか？

- | | | | |
|-----|------|-----|--------|
| 頭痛 | 胃痛 | 胸痛 | 不眠 |
| 発熱 | 腹痛 | 動悸 | 気持ちが沈む |
| 関節痛 | 嘔気 | 息切れ | 不安感 |
| 咳 | 嘔吐 | めまい | |
| 痰 | 食欲不振 | 耳鳴 | |
| 咽頭痛 | 下痢 | だるさ | 健康診査 |
| 鼻汁 | 便秘 | むくみ | 禁煙治療 |
| 鼻閉 | 頻尿 | | |

その他の症状 気になる事	備考

その症状はいつ頃からですか？

今までにかかった病気・ケガ (病名)	あり	なし	↓	手術・輸血	あり	なし	↓
現在治療中の病気 (病名)	あり	なし	↓	現在内服中の薬	あり	なし	↓
飲酒	あり	なし	↓	喫煙歴	あり	なし	↓
アレルギー	あり	なし	↓	禁煙	才~	才	本/日
食品				妊娠	あり	なし	
薬				身長			cm
その他				体重			kg