

# 問診票

体温 ℃

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

今日はどのような症状で来院されましたか？

頭痛	胃痛	胸痛	不眠	他の医療機関受診歴 あり なし  特定健診の受診歴 あり なし
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

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 あり なし

(病名)	↓	
------	---	--

手術・輸血 あり なし

	↓	
--	---	--

現在治療中の病気 あり なし

(病名)	↓	
------	---	--

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

	↓	
--	---	--

食品 薬 その他						
		現在妊娠	身長	cm		
		あり なし	体重	kg		