

## 問診票

氏名	ふりがな	生年 月日	T · S · H 年 月 日 ( )	性別	男 · 女
住所	〒				
電話	自宅：		携帯：		
緊急連絡先	( 様 )				
身長	cm /	体重	kg /	体温	℃

☆今日はどうされましたか。

- 発熱  咳  鼻水  喉の痛み  痰  腹痛  吐き気  嘔吐  下痢  
 便秘  食欲不振  めまい  身体がだるい  息苦しい  胸痛  手がしびれる  
 他院からの紹介  その他 ( )

☆症状はいつ頃からですか。

( )

☆現在治療中の病気はありますか。

いいえ・はい ( )

☆現在、お薬飲んでいますか。

いいえ・はい ( )

☆今までにかかった病気を教えてください。

なし・あり ( )

☆薬や食べ物のアレルギーはありますか。

いいえ・はい 薬 ( ) 食べ物 ( )

☆お酒は飲みますか。

いいえ ・ やめた ( まで ) ・ はい 週 ( 日 ) 種類・量 ( /ml )

☆タバコは吸いますか。

いいえ ・ やめた ( まで ) ・ はい ( 歳から ) ( 本/日 )

☆女性の方のみお答えください。

・最終月経 ( 月 日 )

・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

☆来院のきっかけ

- 近隣  紹介 ( 様 )  通りがかり  広告  ホームページ  
 その他 ( )