

問診票

氏名	ふりがな	生年 月日	T · S · H 年 月 日生 (歳)	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 ()

☆お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

☆ご来院のきっかけ

・近隣 (稲沢市在住 一宮市在住 清須市 その他)

・紹介 (家族 知人 他院 ()

・広告 (看板 ホームページ 病院検索サイト その他 ()

☆お薬はジェネリックを希望されますか。(はい ・ いいえ)