

## 問診票

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 —			
電話番号		携帯電話	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください

● どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- 発熱  のどの痛み  せき  たん  鼻水  関節の痛み  
 頭痛  
 腹痛  吐き気  おうと  下痢  便秘  食欲がない  
 腰痛  息苦しい  からだがだるい  めまい  ふうつく  
 血圧が高い  その他 [ ]

● その症状はいつ頃から始まりましたか？

[ ]

● 現在治療中の病気  なし  あり

- 高血圧  高脂血症  糖尿病  腎臓病  痛風（尿酸値が高い）  
 脳こうそく  不整脈  ぜんそく  緑内障  関節リウマチ  
 その他 [ ]

● 今、飲んでいるお薬  なし  あり

[ ]

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？  なし  あり

[ ]

女性の方にお伺いします（どちらもチェックを入れてください）

- ・妊娠の有無  なし  あり ・授乳中ですか  いいえ  はい

お子様のみ 体重を記入して下さい ( ) kg

◆ どちらかに○をして下さい

領収書 ・ レシート