

# 問診票

年 月 日

ふりがな			
お名前			
性別	男性・女性 / ※女性のみ 妊娠の有無 ( あり・なし )・授乳中		
生年月日	S・H・R	年	月 日 ( 歳 )
ご住所	〒		
電話	(自宅)	(携帯)	
ご家族様	(ご家族様氏名)	(続柄)	
ご連絡先	(ご家族様携帯)		
			小児体重 kg

## 1. 現在の症状はどれですか？

頭痛・めまい・もの忘れ・ふらつき・頭をぶつけた

しびれ・まひ (症状のある部位: )

発熱 ( °C)・せき・たん・のどが痛い・鼻水・悪寒・胸部痛・動悸

腹痛・胃痛・吐き気・嘔吐・食欲不振・下痢・便秘

腰痛・関節痛・筋肉痛

その他 ( )

## 2. いつ頃からですか？

本日・昨日・1週間前・1ヶ月前・その他 (いつ頃から: )

## 3. 持病はありますか？

はい (病名を記入ください: )

いいえ

## 4. 現在、内服している薬はありますか？

はい (お薬手帳をご提示ください)

いいえ

## 5. 今までに薬や注射で副作用・アレルギーがでたことがありますか？

はい (薬剤名: )

いいえ

## 6. 最近、ワクチン接種を打ちましたか？

はい (いつ頃: / ワクチン名 )

いいえ

## 7. その他、ご要望がありましたらご記入ください

( )

※最後に当院を知った理由をお聞かせください。

看板・ホームページ・知人の紹介・その他 ( )

ご協力ありがとうございます。