

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)	
ご連絡先 (ご家族様)	(ご家族様の自宅又は携帯)		
		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・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。