

問診票

ID. _____.

フリガナ			
氏名			
生年月日	大・昭・平	年	月 日 (才)
性別	男・女		
フリガナ			
住所	〒 _____		
電話番号	()	-	
携帯電話	-	-	

1. 症状をお書きください。(該当する欄に○をつけてください)

頃から、熱 (度の熱) ・ 痰 ・ たん ・ のどの痛み
鼻水 ・ だるい ・ 食欲がない ・ 体重減少 ・ 胃痛 ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 下痢
便秘 ・ 頭痛 ・ 関節痛

その他、具体的にお書きください。

()

2. 下記の病気にかかったことがありますか。

- ・ 心臓病
- ・ 高血圧
- ・ リウマチ熱
- ・ ぜんそく
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 脳卒中
- ・ てんかん
- ・ 糖尿病
- ・ 甲状腺の病気
- ・ その他 ()

3. 現在、服用中のお薬があればお書きください。

()

4. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？あれば内容もお書きください。

()

(女性の方のみ) 妊娠しているか、その可能性はありますか。

ない ・ ある

ご協力ありがとうございました。