

問診票

ご記入日 年 月 日

(フリガナ)	性別	生年月日
お名前	男・女	年 月 日生 歳
ご住所 〒	—	お電話番号

1. 本日はどうされましたか？

熱がある 頭が痛い 喉が痛い 鼻水がでる 痰がでる 咳がでる 息が苦しい 胸が痛い
胸が重苦しい 動悸がする むくみがある いびきがある 日中の眠気 頻尿 お腹が痛い
便秘 下痢 吐き気 ほてる イライラする 発汗がある 手足が冷える
その他 ()

2. 症状はいつごろからですか？

(頃から)

3. 現在治療中の病気、または、過去に治療(手術を含む)を受けた大きな病気はございますか？

ある 糖尿病 高血圧 前立腺肥大症 緑内障 心臓疾患 喘息
その他 ()
ない

4. 現在、かかっている医療機関はございますか？

ある (医療機関名:) ない

5. 現在飲んでいるお薬はございますか？

ある (薬剤名:) ない

※お薬手帳をお持ちの場合はご提示をお願い致します。

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがございますか？

ある (具体的に:) ない

7. 女性の方へ

現在、妊娠していますか？ はい (月) 可能性がある いいえ

現在、授乳していますか？ はい いいえ

8. 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

インターネット 看板 知人の紹介 他院の紹介