

## 問診票

体温 (            ) °C)

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名					(            ) 歳			
住所	〒 -							
電話番号	(自宅)			(携帯)				

## 1. どうなさいましたか？

いつからですか？

・本日 ・昨日 ・2日前 ・3日前 ・1週間前 ・それより前 (            )

〔かぜ症状〕

・発熱 ・喉が痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・頭痛 ・関節痛

〔お腹〕

・腹痛 ・腹満 ・胃もたれ ・胸焼け ・吐き気 ・嘔吐 ・食欲不振

・下痢 ・便秘 ・下血／血便

〔胸・からだ〕

・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・むくみ

〔その他〕

・健診で異常を指摘された ・健康診断 ・予防接種

・ (            )

## 2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

・高血圧症 ・高脂血症 ・糖尿病 ・狭心症／心筋梗塞 ・脳梗塞

・がん (            ) ・その他 (            )

## 3. 現在飲まれているお薬や市販薬・サプリメントなどはありますか？

ある ・ ない (お薬手帳や薬剤情報供書などをお持ちの方はお見せ下さい)

(            )

## 4. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？

ある (            ) ・ ない

## 5. 飲めないタイプのお薬がありますか？

・錠剤 ・カプセル ・粉薬 ・水薬 ・何でも飲める

## 6. (女性の方のみ) 現在授乳中・妊娠中または妊娠の可能性がありますか？

はい ・ いいえ