

問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前 _____ () 歳 男・女

ご住所 〒 _____

連絡先 _____ (自宅・携帯)

1. 本日はどうされましたか？

熱がある (体温 : _____) のどが痛い せき たん
鼻水 鼻づまり 頭痛 関節が痛い 首が痛い
めまい お腹が痛い 下痢 便秘 吐き気
食欲がない 発疹 かゆみ ケガ 腫れ 火傷
その他の症状 (_____)

健康診断で異常を指摘された 健康診断の結果をご持参ください。

特定検診 (メタボ検診) 希望

医療相談 (_____)

2. 症状はいつからですか？

不明 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

3. 今までにかかれた大きな病気、または現在治療中の病気はありますか？

なし あり (高血圧・高脂血症・糖尿病・その他 _____)

治療中 (_____) (_____) を服用中

他院からの紹介状やお薬手帳をお持ちの方はご持参ください。

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

なし あり (_____)

ご協力ありがとうございました。この用紙を受付へお渡しく下さい。