



問診票

記入日： 年 月 日

氏名	(フリガナ)	性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	(フリガナ) 〒 -		
電話番号	()		
携帯電話番号	()		

緊急連絡先

氏名	(フリガナ) (続柄)
電話番号	()

本日はどうされましたか？

- 発熱 (°C) 倦怠感 咳・たん 鼻水・鼻づまり
腹痛 嘔吐 下痢 食欲不振
その他の症状
()

現在、治療中または過去にかかったことのある病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心疾患 脳卒中
喘息 貧血 痛風
その他 ()

現在、服用中のお薬はありますか？

いいえ・はい→ (薬名)

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい→ ()

お酒は飲みますか？

いいえ・はい→ () 日/週、 () ml/日

煙草は吸いますか？

いいえ・はい→ () 本/日