

## 当院を受診される方への問診票

フリガナ		男	大・昭・平・令	年	月	日生
名前		女	→妊娠中、授乳中ですか？（はい、いいえ）			

1. 今日はどうされましたか？（いくつでも可です）

熱( \_\_\_\_\_ 度)、喉の痛み、咳、痰、鼻水、頭痛、胃痛、腹痛、胸痛、筋肉痛、下痢、吐き気  
だるい、悪寒、健康診断で異常を指摘された その他( \_\_\_\_\_ )

その症状はいつ頃から始まりましたか？

今日、( \_\_\_\_\_ 日前)、( \_\_\_\_\_ 週間)、( \_\_\_\_\_ ヶ月前)、( \_\_\_\_\_ 年前)、その他

2. 今までかかった病気がありましたら○印を付けて下さい。または病名を書いて下さい。

高血圧、糖尿病、心臓病、胃潰瘍、腎臓病、肝臓病、脳疾患、喘息、アレルギー  
その他( \_\_\_\_\_ )

3. 現在、飲んでいる薬がありましたら書いて下さい。

\_\_\_\_\_

4. その他、相談したい事、または何か在りましたら書いて下さい。

\_\_\_\_\_