

年 月 日

問 診 票

氏 名		生年月日	M T S H	男 女
住 所	〒		電話番号	

◆本日はどうされましたか？	
<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 悪寒がする <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 気持ちが悪い <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 _____	
◆今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 通風 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳出血 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
◆現在飲んでいるお薬はありますか？	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> お薬手帳をお持ちですか？ お持ちでない場合はご記入ください 薬 _____	
◆薬や食べ物にアレルギーはありますか？	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____	
◆女性の方にお聞きします。	
<input type="checkbox"/> 妊娠中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい _____ 週目 <input type="checkbox"/> 授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい _____	