年　　月　　日

問 診 票

フリガナ		男	生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日
氏　名		女	年齢	歳
住　所				
電話番号				

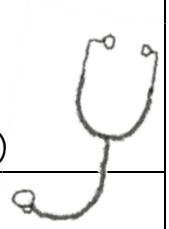
今日はどうなさいましたか。該当する症状にチェックをお願いします

□発熱（　　℃）　□頭痛　　□のどの痛み　□咳・たん　□鼻水・鼻づまり

□動悸　　□息切れ　　□めまい　□だるさ　　□吐き気　　□食欲不振

□腹痛　　□便秘　　□下痢　　□むくみ

□その他（　　）



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

現在服用中のお薬はありますか

□なし　□あり（　　）

お薬や食べ物のアレルギーがありますか

□なし　□あり（　　）

お酒は飲みますか

□飲まない　　□飲む　週（　　）日程度

たばこは吸いますか

□吸わない　　□吸う　日（　　）本程度　□吸っていた

女性の方のみ

妊娠中ですか　□いいえ　　□はい

授乳中ですか　□いいえ　　□はい

ご協力ありがとうございます。