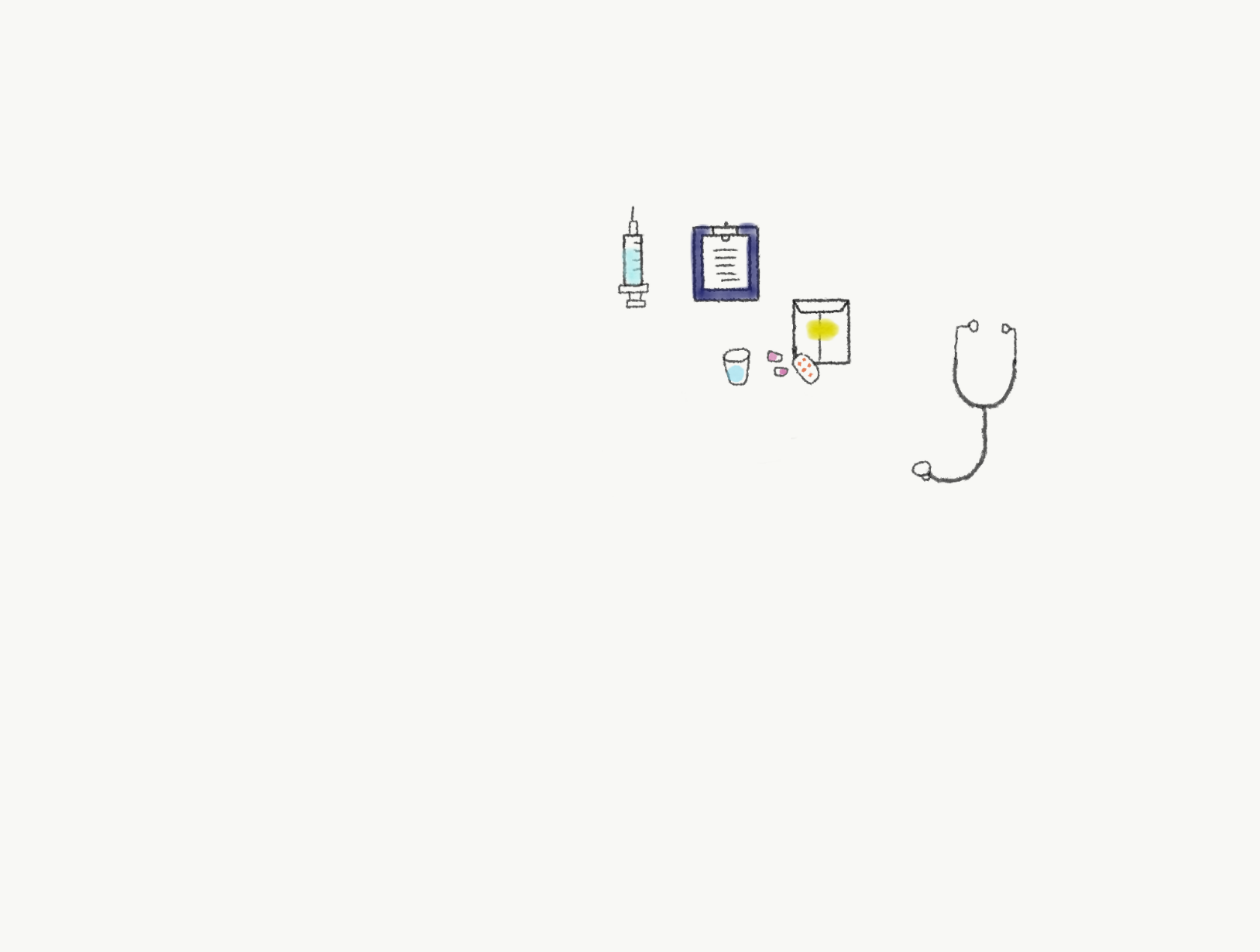
年　　月　　日

**問 診 票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男  女 | 生年月日  年齢 | 大・昭・平・令　　年　　月　　日  歳 |
| 氏　名 |  |
| 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。

