

年 月 日

☆ 問 診 表 ☆

フリガナ： _____

氏 名： _____

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 性別 (男・女)

郵便番号： _____

住 所： _____ 県 _____ 市 _____

電話番号： _____ (_____) _____

1・今日はどうかさいましたか？

診察 健康診断 予防接種 乳児健診

2・診察希望の方は、どのような症状ですか？

熱 (_____ 度)

のどが痛い 咳 痰 鼻水 鼻つまり 頭痛

筋肉や関節が痛い (場所 _____)

腹痛 吐気 嘔吐 下痢 胃の痛み

胸が痛い 動悸がする 息苦しい 血圧が高い

発疹 かゆみ (場所 _____)

その他： _____

3・それは大体いつ頃からでしたか？

4・今までに大きな病気はありましたか？

(_____)

5・薬のアレルギーはありますか？ (有・無)

有の場合、薬の名前がわかれば記入してください。

(_____)

6・現在服用中の薬剤はありますか？ (有・無)

有の場合、薬の名前がわかれば記入してください。

(_____)

7・妊娠はしていますか？ (していない ・不明 ・している _____ ヶ月)

8・授乳はしていますか？ (していない・している _____ 回/日・中止可能)