問診票

平成　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ				住所	〒
氏　名	男 女				
生年月日	大・昭・平 年　月　日	年齢		TEL	自宅 携帯電話

質　問　項　目			
①	いつからですか？ １～３日前　１週間前　１か月前　それ以前（　　月頃から）		
	本日の症状は？ 熱（　　℃）　咳　痰　頭痛　関節痛　胸痛　吐き気（吐いた・吐いていない） 下痢　便秘　不眠　めまい　腹痛（痛みに波がある・継続的に痛みが続く） その他（　　）		
②	本日の症状で他医療機関を受診しましたか？	はい	いいえ
③	今までに入院、長期治療、または現在治療中の病気はありますか？	はい	いいえ
	高血圧　脂質異常症　糖尿病　痛風　心筋梗塞　脳卒中　その他（　　）		
④	現在、服用している薬やサプリメントはありますか？	はい	いいえ
	薬剤名（　　）		
⑤	アレルギーはありますか？	はい	いいえ
	はいの方（　　）		
⑥	たばこは吸いますか？	はい	いいえ
	はいの方（　　）本／日		
	以前、喫煙していた方（　　歳　～　　歳まで）		
⑦	※女性の方のみ		
	妊娠中	はい	いいえ
	はいの方（現在　　ヶ月）		
	授乳中	はい	いいえ