問　診　票

年　　月　　日

フリガナ				住 所	〒
氏　　名	男 女				
生年月日	大・昭・平・令 年　　月　　日	年齢		連絡先	自宅 携帯電話

	質　問　項　目		
①	本日はどうされましたか？ 熱（　　℃）　咳　痰　鼻水　咽頭痛　頭痛　関節痛　寒気 胸痛　動悸　息苦しさ　吐き気　おう吐（　　回）　下痢　便秘 腹痛（痛みに波がある・継続的に痛みが続く）　残尿感　排尿痛　倦怠感　不眠 いびき　日中の眠気　手足のむくみ・しびれ　血圧が高い・低い 他院からの紹介　健康診断再検査　ワクチン接種 その他（　　） 症状はいつからですか？		
②	症状について他医療機関を受診されましたか？	はい	いいえ
③	過去に入院、長期治療または現在治療中の病気はありますか？ 「はい」の方はご記入ください いつですか？　　年頃　【病名】 その他（　　）	はい 治療中・経過観察中・治癒	いいえ
④	現在、服用しているお薬、サプリメントはありますか？ 薬剤名（　　）	はい	いいえ
⑤	アレルギー、合わないお薬はありますか？ 「はい」の方はご記入ください アレルギー名、薬剤名（　　）	はい	いいえ
⑥	たばこは吸いますか？ 「はい」の方はご記入ください 一日の喫煙本数：　　本／日 過去に喫煙していた方：　　歳～　　歳まで お酒は飲みますか？ 「はい」の方はご記入ください 週　　日　種類・量（　　）	はい 喫煙歴：　　年 本／日 はい	いいえ いいえ
⑦	**※女性の方のみ** 妊娠または妊娠の可能性はありますか？ 「はい」の方はご記入ください 授乳中	はい はい	いいえ 妊娠　　か月 いいえ
⑧	身長　　ｃｍ　　体重　　ｋｇ		