

# 問診表

フリガナ		男	診療科名
お名前	様	女	内・外・整形
生年月日	大・昭・平 年 月 日 生		才
住所	〒		
自宅 Tel	— —		
勤務先 Tel	— —		職業
世帯主	世帯主との続柄		
受診年月日	平成 年 月 日		

診察を円滑にするためにご協力ください。

先生ご紹介

今回の症状に当てはまるものがありましたら○印を付けてください。

発熱 °C	咳	たん	頭痛	咽頭痛	胸痛	呼吸困難
頸部痛	背部痛	腰痛	上腹部痛	下腹部痛	側腹部痛	関節痛
吐き気	嘔吐	下痢	血尿	血便	便秘	食欲不振
けいれん	発疹	湿疹	耳鳴り	めまい	動悸	全身倦怠感
口渇	しびれ	冷感	神経痛	体重減少	その他《 》	

今回の症状はいつ頃からですか？	今朝	昨日	2～3日前	1週間前	1ヶ月前
	2～3ヶ月前	半年前	かなり前	年前	不明

今までにかかった病気がありますか？ 有・無	病名	輸血歴 有・無
-----------------------	----	---------

現在何か飲んでいる薬がありますか？ 有・無 薬名《 》

アレルギー体質 有・無 | お酒 飲む・飲まない | タバコ 吸う1日 本・吸わない

女性の方のみ記入 | 生理は？ まだない・順調・不順・閉経（最終月経 / ）

※特別に診察前に知らせておきたい事をご記入ください。

現在お分かりでしたらご記入ください。 身長 cm 体重 kg