問診票

ID：	記入日 令和　年　月　日	
フリガナ	生年月日	
お名前	大・昭・平　年　月　日	歳
ご住所 〒　－	ご職業	
電話番号　－　－	身長　cm	体重　kg

当てはまるところに☑を入れてください。

①どのような症状で来院されましたか？

□胸の痛み　□動悸（ドキドキ・脈が飛ぶ）　□息苦しさ

□熱【　℃】　□皮膚の発疹　□せき　□嘔吐　□下痢

□その他（　）

・それはいつからですか？（　）

・今もその症状はありますか？　□ある　□なし

②現在治療中の病気はありますか？

□ある（　）　□なし

③現在のまれている薬はありますか？

□ある→お薬手帳があればお出しください　□なし

④入院や手術をされたことがありますか？

□ある（病気・時期　）　□なし

⑤お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

□ある（　）　□なし

⑥タバコを吸われますか？

□吸う（1日　本　年間）　□以前吸っていた（1日　本　年間）　□吸わない

⑦女性の方　◇現在妊娠中又は授乳中ですか？

□はい（妊娠中 ・ 妊娠の可能性有 ・ 授乳中）　□いいえ

＊ご協力ありがとうございました。お手数ですが、受付までお持ちください。

＊横になりたい方や気分の悪い方は、受付までお申し出ください。