

# 問 診 表

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

郵便番号 (〒 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

身長 ( \_\_\_\_\_ c m) 体重 ( \_\_\_\_\_ k g)

○ 本日はどのような内容で来院されましたか？

- 頭痛 腹痛 熱 咳 喉痛 鼻水 胃痛・胸やけ めまい  
不眠 嘔吐 下痢 膀胱炎・排尿痛 体がだるい じんましん  
動悸・息切れ・呼吸苦 腰痛・肩こり 喘息 貧血・立ちくらみ  
血液検査希望 レントゲン希望 二次健診 かかりつけ医変更  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

○ 薬や食べ物のアレルギーは？

- a ない b ある ( \_\_\_\_\_ )

○ 現在治療中の病気は？

- a ない b ある ( \_\_\_\_\_ )

○ 今までに大きな病気・けがや手術などがあればご記入下さい。

○ 女性の方で現在妊娠している可能性は？

- a ある b ない c わからない

○ その他何かございましたらご記入下さい

ご協力ありがとうございました

又、現在服用中の薬がございましたら、受付までお申し出下さい。