

# 問診票

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年	月	日 ( 歳)
氏名			電話番号	( )		
			携帯電話	( )		
			緊急連絡先	( )		続柄:
住所	〒 -					

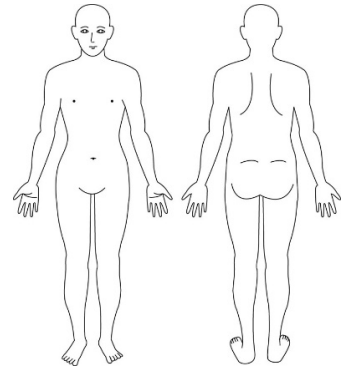
※必ず、緊急連絡先を書くようにして下さい。

身長: \_\_\_\_\_ cm, 体重: \_\_\_\_\_ kg, 血圧: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, 体温: \_\_\_\_\_ °C

1. どんな理由で来院されましたか？ 症状がある・健診・検査・ワクチン・リハビリ  
その他 ( )

2. いつから？ ( ) か月前・( ) 週間前・昨日・今朝・  
( ) 時間・分 前から

3. どこが？ 頭・のど・胸・お腹・背中・首・肩・腰・手・足・  
その他 ( )



4. どんな症状？ はつねつ 発熱・げり 下痢・けつべん 血便・はきけ 吐き気・おうと 嘔吐・いた 痛み・せき 咳・たん 痰・  
しんどい しんどい・はなみず 鼻水・かゆみ・めまい・どうき 動悸・いきぐる 息苦しい・ふあん 不安  
その他 ( )

5. アレルギーがありますか？

ある(薬: \_\_\_\_\_) ・ ない ・ わからない

6. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

ある(病名: \_\_\_\_\_) ・ ない ・ わからない

7. 現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか？

ある(病名: \_\_\_\_\_) ・ ない ・ わからない  
(薬: \_\_\_\_\_)

8. 現在、妊娠・授乳していますか？ いる ( \_\_\_\_\_ か月) ・ ない ・ わからない