

問 診 票

(フリガナ)		男 ・ 女	自 宅 電 話	
お名前			携 帯 電 話	
生年月日	年 月 日		(歳)	
ご住所	(〒 -)		身 長	c m
			体 重	K g
			体 温	

本日はどうされましたか？

- ・ 発熱 ・ 頭痛 ・胸痛 ・ 咳 ・痰が多い ・息がくるしい ・動悸がする
- ・ 鼻水 ・ のどが痛い ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・下痢 ・便秘
- ・ 発疹 ・かゆみ ・背中が痛い ・腰痛 ・膝が痛い
- ・ その他 (_____)

症状はいつからですか？ _____ 日前から / _____ 月 日 頃から

現在、治療中の病気はありますか？

- ・高血圧 ・糖尿病 ・不整脈 ・狭心症／心筋梗塞 ・脳梗塞 ・気管支喘息

(その他 _____)

治療を受けた医療機関

食べ物・飲み薬・注射薬によるアレルギーはありますか？

ある方は、ご記入ください。 _____

希望されるお薬の形態はありますか？

- ・ 錠剤 ・ 液体（シロップ） ・ 粉ぐすり

飲酒や禁煙はどのくらいですか？

- ・ 飲酒あり 1日にビール _____ mlくらい / 日本酒 _____ 合くらい ・ 飲まない
- ・ 喫煙あり 1日に _____ 本くらい ・ 吸わない

女性の方に伺います。

- ・ 現在、妊娠中ですか？ (はい _____ ヶ月 ・ いいえ ・ わからない)
- ・ 現在、授乳中ですか？ (はい いいえ)