

＜ 問 診 票 ＞

(フリガナ) 氏名 (受診者)		男 (M) 女 (F)	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日 (才) (西暦 年)		
現住所	〒 ー 都・道 区 府・県 市・郡				
電 話	()	職業		熱	℃

Q.今日はどんな症状で来院されましたか？

発熱・咳・鼻水・頭痛・喉の痛み・腹痛・下痢・嘔吐・吐き気・悪寒・関節痛・
発疹・その他(具体的に:)

Qその症状はいつごろからですか？

Q過去1か月の海外への渡航歴は？ ある ・ ない
(国名は？)

Q現在、他の医療機関にかかっていますか？ いる ・ いない
(病名/飲んでいる薬)

Q今までに入院、手術をしたことはありますか？ ある ・ ない
(病名/何歳頃？)

Q薬のアレルギーはありますか？ ある ・ ない
(薬の名前)

Qぜんそく、花粉アレルギーはありますか？ ある ・ ない
(何のアレルギーか？)

Q輸血をしたことはありますか？ ある ・ ない

Q.(女性の方) 現在妊娠(または可能性)していますか？ いる ・ いない

身長	_____ cm	体重	_____ kg	尿	_____ 回/日	便	_____ 回/日
食欲	ある ・ ない	睡眠	よい ・ わるい				
飲酒	_____ 回/週	(量は	_____)				
タバコ	_____ 本/日	(_____ 才 から	_____ 年間)		