

問 診 票

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令
名 前			年 月 日生(才)	
住 所		電 話	(自宅) - -	
			(携帯) - -	

①受診の理由および症状を記入してください。

() 日前から 現在の熱 () 度・最高時 () 度
 のどの痛み せき たん 鼻水 鼻づまり くしゃみ
 腹痛 胃痛 下痢 吐き気 嘔吐 頭痛 関節痛 寒気

※上記以外にご希望がありましたら、○をつけてください。

検査を受けたい 相談がある 診断書が欲しい 婦人科の診察

②現在、治療中の病気はありますか？

は い [病名：]
 いいえ

③現在、服用している薬はありますか？

あ る [薬の名前：]
 な い

④今までに大きな病気、けが、手術をしたことがありますか？

あ る [いつ： 年 病名：]
 な い

⑤薬や食べ物のアレルギーはありますか？

あ る []
 な い

⑥アルコールを飲みますか？

なし ・ あり ・ たまに

⑦現在たばこを吸っていますか？又は吸っていたことがありますか？

なし ・ あり ・ 以前

⑧女性の方にお聞きします。現在、授乳中または妊娠中ですか？

授乳中 ・ 妊娠中 (週)