　　　　 　年　　　月　　　日

問診票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男  女 | 生年月日  年齢 | 大・昭・平・令　　 年　 　 月　　 日  （　　　 歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　　　　　　　　（携帯） | | | |

|  |
| --- |
| **今日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックをお願いいたします**  □発熱　　□頭痛　　□のどの痛み　　□咳・たん　　□鼻水・鼻づまり　□関節の痛み  □めまい　□ふらつき　　 □動悸　　□息苦しい　　□体がだるい　　 □食欲がない  □腹痛　　□下痢　　 □血便　　□吐き気　　 □皮膚のかゆみ　　□むくみ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？**  □高血圧　　□糖尿病　　□脂質代謝異常　　□心疾患　　□不整脈　　□通風　　□癌  □アトピー性皮膚炎　　 □喘息　　 □脳出血/脳梗塞  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **現在服用中のお薬はありますか？**  □なし　　□あり（お薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **お薬や食べ物のアレルギーはありますか？**  □なし　　□あり（お薬名や食べ物名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **お酒は飲みますか？**  □飲まない　　□飲む　週（　　　）日　　種類・量（　　　　　　　　　　　） |
| **煙草は吸いますか？**  □吸わない　　□吸う　日（　　　）本　　やめた（　　　　　　　　）年前に |
| **※女性の方のみ**  妊娠中ですか？　　□いいえ　□はい（　　　　　　　）週目  授乳中ですか？　　□いいえ　□はい |

ご協力ありがとうございました。