

# 問診票

(診療申込書)

平成 年 月 日

フリガナ				男・女	生年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日	才
お名前 (漢字)										
ご住所	(〒 — )			連絡先	自宅( ) — — 携帯( ) — —					
身長	cm	体重	kg	体温	℃					

## ●今日はどうされましたか？

- |                                       |                                  |                                |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱が出ている       | <input type="checkbox"/> 胸が痛い    | <input type="checkbox"/> 下痢がある |
| <input type="checkbox"/> 咳・痰が出る       | <input type="checkbox"/> 動悸がする   | <input type="checkbox"/> 腹痛がある |
| <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり      | <input type="checkbox"/> 手足がむくむ  | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 吐いている/吐き気がある | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい | <input type="checkbox"/> 頭が痛い  |

## ●その他の症状があればお書き下さい

( )

●今までかかれたご病気 (既往歴)  特にない  ある ( )

●現在服用中のおくすり  特にない  ある ( )

●食べ物やお薬のアレルギーなど  特にない  ある ( )

●(女性の場合) 妊娠の可能性  特にない  あり  わからない

●酒  飲まない  飲む (1日 )

●タバコ  吸わない  吸う (1日 )

## 当院をどこでお知りになりましたか？

- 看板(当院)  看板(駅名: 駅)  くちこみ(ご家族・ご友人)
- 病院(医院)から紹介( 先生)  通りすがり  インターネット( )
- その他( )

## ●診察にあたり、ご希望などあれば、お書き下さい。

( )

これらの情報は診療以外の目的に使用する事はありません。ご協力有難う御座いました。