

問診票

No _____ 年 月 日

氏名 _____

① 今日はどうなさいましたか？当てはまる症状にチェックをお願いします

発熱 頭痛 咳や痰、のどの痛み 腹痛 便秘 下痢

その他(_____)

② 現在治療中、または今までにかかったことがある病気はありますか？

なし あり(_____)

③ 現在内服中のお薬はありますか？※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出して下さい

なし あり(_____)

④ お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり(_____)

⑤ お酒は飲みますか？

飲まない 飲む 週(_____)日

⑥ 煙草は吸いますか？

吸わない 吸う 1日(_____)本

⑦ 女性の方のみ

妊娠中ですか？ いいえ はい

授乳中ですか？ いいえ はい