

問 診 票

電話番号 \_\_\_\_\_

ID お名前 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 才( 年 月 日生)

御住所 \_\_\_\_\_

今日はどの様な理由で来院されましたか？

1)いつ頃から症状がありましたか？

日前から

週間前から

ヶ月前から

年前から

2)どのように具合が悪いですか で困んで下さい

頭痛 頭重感 咽頭痛 咳(日中 夜間) 痰(白 黄 緑 透明)  
鼻汁 鼻づまり クシャミ 腹痛 胃痛  
むかつき 嘔吐 下痢 現在の熱は  
その他

3)15才以下の方のみご記入下さい。体重 \_\_\_\_\_ Kg

初めて来院された方へ

1)今まで病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある

ある場合 高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓の病気・肝臓の病気・腎臓の病気  
肺の病気・脳卒中・喘息・癌( )虫垂炎・花粉症・その他

2)現在、飲んでいる薬はありますか？ ない ・ ある

ある場合は、薬名がわかったらご記入ください ( )

3)今まで輸血を受けたことがありますか？ ない ・ ある

4)アレルギーがありますか？

(薬や食べ物で発疹が出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか？)

ない ・ ある

ある場合

5)タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (1日 本)

けやき医院