

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな

名 前 _____ 男・女 (○をつけて下さい)

生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日 _____ 才

住 所 〒 _____

電話番号 _____ () _____

検温 ()

◎ 症状はいつから出ていますか？ ()

◎ 以下の症状はありますか？

1) 熱 ない ・ ある 最高で () °C

2) 咳 ない ・ ある

3) 痰 ない ・ ある

4) のどの痛み ない ・ ある

5) 鼻水 ない ・ ある

6) 頭痛 ない ・ ある

7) 関節の痛み ない ・ ある

8) 吐き気 ない ・ ある

9) 嘔吐 ない ・ ある

10) 下痢 ない ・ ある

11) 腹痛 ない ・ ある

12) その他の症状 ()

◎ アレルギーはありますか？ (花粉・食物・薬物等)
()

◎ 現在、お薬を飲まれていますか？

はい(薬剤名: _____) ・ いいえ

◎ タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ

◎ 女性の方へ いずれかに○をつけて下さい。

妊娠中 ・ 授乳中 ・ どちらでもない

なお、問診票に書かれてあることは、個人情報保護法に基づき診療目的以外には使用いたしません。

なかの循環器科内科クリニック 院長 中野 純樹