

年 月 日

## 問 診 表

診察の前に御協力下さい。

ふりがな	体温	℃
お名前	身長	cm
住所	体重	kg
電話番号	血圧	/ mmHg
※携帯電話	脈拍	( )
生年月日		

1、本日はどんな症状ですか？（症状が重い順に番号を記入して下さい。）  
( ) 発熱、( ) 咽頭痛、( ) 頭痛、( ) 鼻汁、( ) 鼻づまり、  
( ) くしゃみ、( ) 寒気、( ) せき、( ) たん、( ) 悪心、  
( ) 嘔吐、( ) 下痢、( ) 腹痛、( ) 関節痛、  
他 ( )

2、いつからですか？ ( ) 頃から

3、現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ

はい 薬品名 ( )

4、今までにお薬で副作用が出たことがありますか？

いいえ

はい 薬品名 ( )

5、過去、大きな病気をしたことがありますか？

いいえ

はい ( )

6、女性の方にお伺いします。（X線検査、薬を飲む関係で）

有りの方は受付で必ず申告してください。

現在、妊娠中である。(有・無) ( 週目)

妊娠の可能性がある。(有・無)

現在、授乳中である。(有・無)

ありがとうございました。もう少々お待ち下さい。

きたかみ駅前内科クリニック

一般