

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