

問 診 票

氏 名		生年月日	/ /	(才)	男 女
住 所	〒		電話番号		
本日はどうされましたか？					
<input type="checkbox"/> 熱がある _____℃ <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳・痰					
<input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 悪寒がする					
<input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 気持ちが悪い <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 血便					
<input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> その他 _____					
今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？					
<input type="checkbox"/> ない					
<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患					
<input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 通風 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳出血					
<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎					
現在飲んでいるお薬はありますか？					
<input type="checkbox"/> ない					
<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> お薬手帳をお持ちですか？					
お持ちでない場合はご記入ください					
薬 _____					
薬や食べ物にアレルギーはありますか？					
<input type="checkbox"/> ない					
<input type="checkbox"/> ある ⇒ _____					
女性の方にお聞きします。					
<input type="checkbox"/> 妊娠中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい _____ 週目					
<input type="checkbox"/> 授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					