

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
お名前		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住 所	〒 (-)		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックを入れてください。

- 発熱 咳が出る 痰が絡む 鼻水・鼻づまり 寒気がする
- 頭痛 喉の痛み 関節の痛み 体がだるい 食欲がない
- 吐き気 息苦しい 動悸 腹痛 むくみ
- 皮膚のかゆみ その他 ()

*その症状はいつ頃からですか？

○現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- なし ある あるとお答えの方は、下記にお答え下さい。
- 糖尿病 高血圧 喘息 心臓疾患 不整脈
- アトピー性皮膚炎 痛風 痰が絡む 脳出血/脳梗塞 がん
- その他 ()

○現在服用中のお薬手帳はありますか？

- なし ある

○かかりつけの調剤薬局(処方箋受付薬局)はありますか？

- なし ある ()

○お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし ある ()

※女性の方のみにお聞きします

妊娠中ですか？ いいえ はい () 週目 わからない

授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました。