問診票

フリガナ		性別	男	・女		
氏名		生年月日	明・大・昭・平		月	日
住所	₸					
電話番号		身長	cm	体重		kg

~						////	.)				
住所	〒		e .								
電話番号					身長	cm	体重				
① 来院された主な理由の項目に○をつけてください 風邪症状: 熱がある (°C)・喉が痛い・鼻水・咳・痰・頭痛・関節が痛い・倦怠感 胸: 胸痛・動悸・息切れ・胸の違和感・胸やけ お腹:胃痛・吐き気/嘔吐・腹痛・下痢・便秘 尿: 頻尿・血尿・排尿時痛・残尿感 その他:頭痛・めまい・むくみ											
	(+n /)			
	・健診で再いからですか	灰 全 楽布	望()			
	()			
② 現在治・なし・あ	お療中または らり(過去に指摘	された病気	えはあります	⁻ か)			
③アレルキ・いいえ・	デーはありま はい (すか(薬の	アレルギー	-含む))			
・いいえ・	译中のお薬(はい(長持参(有)はありま	ミすか)			
⑤入院・手・いいえ・	手術歴はあり はい(ますか)			
	表または授乳 はい (-	¬ (7月)					
⑦タバコは・はい・いいえ・		本	£ — E	F間 3 オ	Z	年間					
⑧飲酒しま・はい	ミすか を		ml	回/週	or 月						

・いいえ