問診票

ふりがな お名前		生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日
ご住所	〒		
お電話番号			

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。
   発熱（　　℃）　・せき　・たん　・のどの痛み　・鼻水　・寒気
   吐き気　・嘔吐　・胃痛　・腹痛　・下痢　・食欲不振　・便秘
   頭痛　・めまい　・胸痛　・動悸　・腰痛　・関節痛　・筋肉痛
   しびれ（症状のある部位：　　）
   その他（　　）

2. いつからですか。
   本日　・昨日　・その他（　　）

3. 今までに薬や注射で副作用が出たことはありますか。
   いいえ　・はい　薬剤名（　　）

4. 現在、治療中の科はありますか。
   いいえ　・はい　内科・精神科・婦人科・皮膚科・眼科
   その他（　　）

5. 服用している薬はありますか。
   なし　・あり（お薬手帳をご提示ください）

6. ご要望がありましたらご記入ください

＊当院では個人情報を患者さまへの医療サービス提供等の目的として、利用させて頂いております。なお、患者さまに安心して医療を受けて頂くために個人情報の取扱いには万全の体制で取り組んでおります。疑問や不安がありましたらご遠慮なく申し付けください。