

# 問診票

フリガナ	生年月日	連絡先
氏名	T S H 年 月 日	自宅 - -
ご住所 〒	本日の体温 °C	携帯 - -

## ◆問1 本日の症状

- 発熱  頭痛  関節痛  のどが痛い  咳  
 鼻水  腹痛  下痢  おう吐  ひん尿  排尿痛  
その他 ( )

再診の方はここまでの記入で結構です。

## ◆問2 既往歴 《これまでに診断されたり、治療中の病気》

- 喘息  じんましんなどのアレルギー疾患  心臓病  高血圧  
 腎疾患  肝臓病  糖尿病  異常体質  なし  
その他 ( )

## ◆問3 手術を受けたことはありますか

- あり (手術名 )  なし

## ◆問4 薬による異常

- 《注射・薬・ぬり薬・点眼薬・その他の薬で異常が起こったことがありますか》  
 あり (薬品名 )  なし  わからない

## ◆問5 食品アレルギーについて

- あり (食品名 )  なし  わからない

## ◆問6 けいれんを起こした事がありますか

- はい  いいえ  わからない

## ◆問7 ご家族にアレルギーの方はいますか

- いる  いない  わからない

## ◆問8 タバコは吸いますか

- 吸う (1日平均 本)  吸わない

## ◆問9 ご家族で重大な病気の方はいない

- いる  いない  わからない

## ◆問10 女性のみ 現在妊娠していますか

- している  していない  わからない