問　診　票

フリガナ 氏名　（　　才） 男 ・ 女	※15歳以下の方は体重を記入してください 体重　　kg
住所 〒	☎TEL

下記の項目は病気を知るうえで大切なことですので記入をお願いします

1、 以下の症状はありませんか。あれば〇をつけてください。

咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ はきけ ・ 嘔吐
頭痛 ・ のどの痛み ・ 下痢 ・ 腹痛
発熱 ・ さむけ ・ 息苦しい ・ 食欲がない

いつから →（　　）

※ 発熱されている方は体温の記載をお願いします。　（　　℃　）

上記以外の症状があれば具体的に記入してください。

（　　）　→　いつから（　　）

2、 以前に大きな病気にかかったことは、ありませんか。（治療・入院を受けたこと）

1）　ある ・・・・・→ 何年前に、どういう病気ですか。

（　　）

2）　ない

3、 いままで、薬や注射で身体の具合が悪くなったことがありますか。

ない ・ ある（薬の名前 ：　　）

4、 漢方薬を、 希望されますか。

はい　　いいえ　　どちらでも

5、 酒1日　（　　）　タバコ1日　（　　本）

6、 幼児の方にお聞きします。薬の形状の希望について

① シロップ　② 粉　③ 錠剤　④ 特になし

7、 女性の方のみ、お願いします。

最終月経　　月　　日　から　　月　　日

妊娠されている方、または授乳されている方はお申し出ください。