

# 問診票

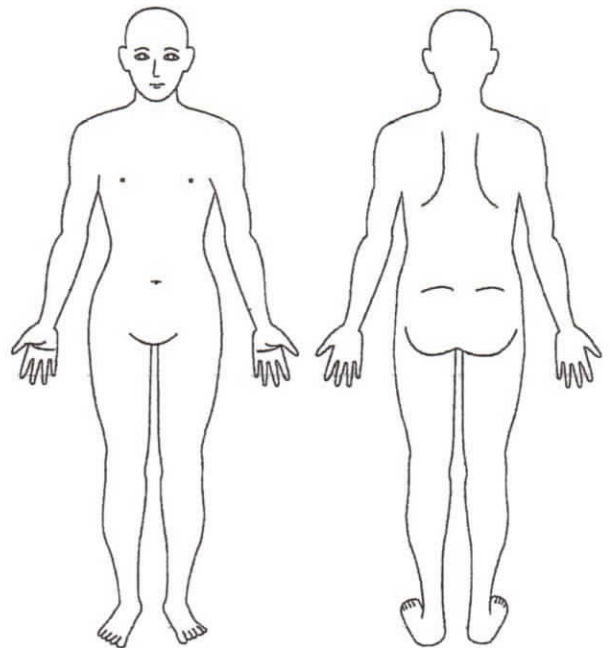
|      |           |   |   |     |     |     |
|------|-----------|---|---|-----|-----|-----|
| フリガナ |           |   |   | 性別  | 住所  | 〒   |
| 氏名   |           |   |   | 男 女 |     |     |
| 生年月日 | (明・大・昭・平) | 年 | 月 | 日   | 連絡先 | — — |
|      |           | ( |   | 歳)  | 職業  |     |

|    |  |    |
|----|--|----|
| 体温 |  | °C |
|----|--|----|

◇症状に○をつけて下さい

|         |       |      |     |
|---------|-------|------|-----|
| 発熱      | せき    | 鼻水   | たん  |
| 頭痛      | のどの痛み |      |     |
| 吐き気     | 腹痛    | 下痢   | 便秘  |
| めまい     | 動悸    | 胸の痛み | 息切れ |
| 痛み      | しびれ   | かゆみ  |     |
| その他 ( ) |       |      |     |

※症状があるところに○をつけて下さい



◇いつから? ( )

◇原因は?

(交通事故 スポーツ中 仕事中のけが・事故 通勤中のけが・事故)

◇現在、治療中の病気はありますか? (いいえ はい)

病名( )

◇現在、服薬中のお薬はありますか? (いいえ はい)

薬名( )

◇今まで、薬や食品でアレルギーを起こした事がありますか? (いいえ はい)

( )

☆女性の方へ 現在、妊娠の可能性はありますか? (いいえ はい)