

# 受診問診表

フリガナ 氏名	生年月日 明大昭平 年 月 日	性別 男 女
住所（〒 ー ）		
電話番号	携帯番号	

●本日はどのような症状で受診されましたか。主な症状をお書きください。（☑をつけてください）

- |                                 |                                 |                                |                                  |                                |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある   | <input type="checkbox"/> のどが痛い  | <input type="checkbox"/> せきがでる | <input type="checkbox"/> たんがからむ  | <input type="checkbox"/> 鼻水がでる |
| <input type="checkbox"/> 頭痛がする  | <input type="checkbox"/> 吐き気がする | <input type="checkbox"/> 腹痛がする | <input type="checkbox"/> 下痢をしている | <input type="checkbox"/> 胃が痛い  |
| <input type="checkbox"/> めまいがする | <input type="checkbox"/> 息苦しい   | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい | <input type="checkbox"/> 体がだるい   | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 頻尿     | <input type="checkbox"/> 排尿痛    |                                |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> その他    |                                 |                                |                                  |                                |

( )

●今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。

- なし あり

（病名） : 年 月頃  
（病名） : 年 月頃

●現在治療中の病気、服用中の薬はありますか。（お薬手帳をお持ちの方は、受付にお渡しください）

- なし あり

（病名） : 服用中の薬 )  
（病名） : 服用中の薬 )

●今までに薬（飲み薬・注射など）や食べ物で発疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。

- なし あり

（薬物：薬剤名） 症状 )  
（食物：食品名） 症状 )

●女性の方にお尋ねします。

- ・生理はいかがですか。 順調 不順 閉経
- ・現在妊娠中ですか。 はい ( ) ヶ月 いいえ 妊娠の可能性がある
- ・現在授乳中ですか。 はい いいえ

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたらお呼びいたしますので、お待ちください。