

問診票



記入日 平成 年 月 日

診察券番号 _____

フリガナ	
お名前	(男・女)
生年月日	T / S / H 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	自宅 - - 携帯 - -
緊急連絡先	- - 続柄() お名前()

■ 今日、どうされましたか？

- 診察希望 (症状がある ・ 健康診断で異常と言われた ・ 他院から移りたい ・ その他)
- 予防接種 (インフルエンザ ・ 肺炎球菌ワクチン ・ その他 :)
- 診断書希望 ()
- 相談したい ()

■ どのような症状がありますか？ あてはまる症状にチェックをつけてください。

- 体がだるい (しんどい) 発熱 ()°C 鼻水 鼻づまり くしゃみ
- のどの痛み せき たん
- 頭痛 腹痛 胃痛 胸痛
- はきけ おうと 下痢 便秘
- どうき 息切れ
- むくみ (場所 : まぶた ・ 手 ・ 脚(ふともも ・ すね) ・ 足の甲 ・ その他 :)
- しびれ (場所 : 顔 ・ 腕 ・ 脚 ・ その他 :)
- その他 ()

■ 症状はいつごろから始まり、続いていますか？

- ()時間前 ()日前 ()ヶ月前 不明
- 症状が 続いている 治まったり、悪くなったりする

裏面に続く

