

# 問診票

ふりがな  
お名前

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

ご住所

電話番号

1. 今までに当院にかかれたことがありますか？ ある・ない

2. どうしましたか？（○をつけてください。）

胃がいたい    おなかがいたい    腰がいたい    背中がいたい    下痢をしている  
はきけがある    食欲がない    頭がいたい    せきがでる    たんがでる  
鼻水がでる    のどがいたい    熱がある（    .    °C）  
その他（    ）

3. いつからですか？

4. 朝食をとりましたか？    いいえ・はい    何時頃（    時）  
  昼食をとりましたか？    いいえ・はい    何時頃（    時）

5. 検査をしてほしいですか？

          いいえ・はい    どの検査ですか？（    ）

6. いままでに何か病気で治療（手術）を受けたことがありますか？

          いいえ・はい（    ）

7. いままでに薬でアレルギーをおこしたことがありますか？

          いいえ・はい（    ）

8. 診てほしいことをくわしく書いて下さい。

