

問 診 票

フリガナ		住所	〒
氏名			
性別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	

下記の設問にお答えください。

どのような症状で 来られましたか？	発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどが痛い 頭痛 ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ めまい 胸が痛い ・ 手足がしびれる その他 ()
いつ頃から症状が出ていますか？	昨日 ・ 今日 その他 ()
今までに病気や怪我などで入院されたことはありますか？ またそれはいつ頃ですか？	なし ・ あり いつ頃入院されていましたが ()
治療中の病気はありますか？	なし ・ あり 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 その他 ()
医療機関に通院されていますか？	なし ・ あり 医療機関名 ()
服用中のお薬または健康食品はありますか？	なし ・ あり お薬の名前 () 健康食品の名前 ()
食物やお薬のアレルギーはありますか？	なし ・ あり お薬の名前 () 健康食品の名前 ()
その他、相談したいことはありますか？	なし ・ あり 内容 ()
女性の方のみお答えください。 現在、妊娠もしくはその可能性がありますか？	なし ・ あり 妊娠 週目
女性の方のみお答えください。 現在、授乳はされていますか？	していない ・ している

こしみちクリニック

院長：越道 慎一郎