

《問診票》

平成 年 月 日

氏名()年齢()才 性別(男・女)

1. 症状について簡単にご記入下さい

*いつからですか？ ()

*どのような症状ですか？

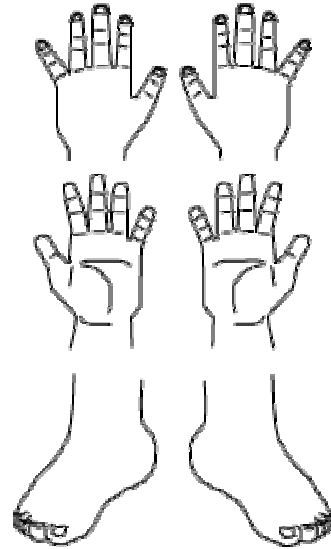
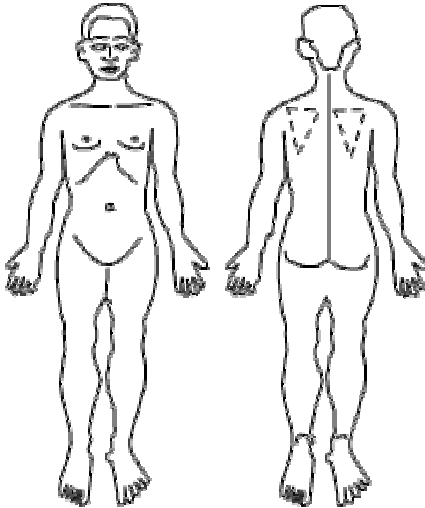
痛み・傷・はれ・しびれ・かゆみ・しっしん・しこり

吐き気・嘔吐・下痢・熱・息苦しさ・かぜ症状(せき・鼻水・たん・のどの痛み)

その他

*症状のある部位に×を付けて下さい

右 左 左 右



*症状について考えられる原因がありますか？(ある・ない)

(例 事故・打撲・こけた等)

()

2. 今、他の病院にかかっている病気はありますか？(ある・ない)

*高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・高脂血症

その他()

3. 今、続けて飲んでいる薬はありますか？(ある・ない)

4. 今までに薬や食べ物でじんましんなどの症状が出たことがありますか？(ある・ない)

5. 妊娠の可能性はありますか？(ある・ない) 最終月経 月 日

医療法人 医修会 新河端病院

Lo.

No.

前回来院:平成 年 月 日