

# 受付問診票

ふりがな				性別	男・女
名前					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢
住所	〒				
TEL	① 携帯	—	—	—	—
	② 自宅 ( )				—
緊急連絡 TEL (ご家族)	① 携帯	—	—	—	—
	② 自宅 ( )				—
氏名	(続柄 )				

あてはまる症状に○をおつけ下さい

熱がある ( °C)	鼻水が出る
のどが痛い	咳が出る
痛み (部位 )	痰が出る
	ゼーゼーする
吐き気がする	吐く
	お腹が痛い
	便秘
	下痢
	血便
ドキドキする	胸が苦しい
めまい	胸が痛い
	頭が痛い
筋肉痛がある	身体が痛い
関節が痛い (部位 )	手が動かない
	足が動かない
その他の症状 ( )	

その症状はいつからですか

[ ]

アレルギーはありますか ( 食物 ・ 薬 ) ( はい ・ いいえ )

普段お飲みになっている薬はありますか ( はい ・ いいえ )

本日、お薬手帳はお持ちですか ( はい ・ いいえ )