問診票（再診の方）

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		年齢	性別	ID	
氏名		才	男 女		

1. 今日はどうされましたか？　当てはまるものに〇をつけて下さい。

発熱(　　℃) ・ 寒気 ・ 倦怠感 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ のどの痛み
口渇 ・ 頭痛 ・ めまい ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 食欲低下
胃痛 ・ 胃もたれ ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 黒色便 ・ 血便 ・ 頻尿 ・ 排尿時痛
浮腫 ・ 関節痛 ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ その他の症状
健診異常 ・ その他

（　　）

2. その症状はいつ頃からありますか？

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　朝・昼・夕・夜から

3. その症状に対して飲んでいる薬はありますか？

なし ・ ある　〔　　〕

4. 女性の方に質問です。現在、妊娠や授乳中ですか？

いいえ ・ はい　〔　　〕

ご記入ありがとうございました。場合によって診察の順番が前後する事がありますが、あらかじめご了承下さい。

港町つばさクリニック