

いそのクリニック問診票

受付日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	体温()°C ※15歳以下の方は体重を 記入してください。 ()kg
お名前				
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳	
住所	〒 -			
電話番号				

1. どうなさいましたか

いつ頃から： 本日 ・ 昨日 ・ 2～3日前 ・ 1週間前 ・ それより前()

《かぜ症状》

熱 ・ のどが痛い ・ 鼻水、鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節痛

《胸・からだ》

胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 胸の圧迫感 ・ 顔、手足のむくみ ・ めまい

《お腹》

腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ おう吐 ・ 食欲がない ・ 胃痛 ・ 血便 ・ 便秘

《その他》

健診で異常を指摘された ・ 健康診断 ・ 予防接種()

その他()

2. 今まで大きな怪我・手術をしたことはありますか

ない ・ ある ()

また現在治療中の病気はありますか ない ・ ある ()

3. 薬や食べ物、その他でアレルギーが出たことはありますか

ない ・ ある ()

4. (女性の方のみ)現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠： している ・ しているかもしれない ・ していない

授乳： はい ・ いいえ

5. 特にお聞きになりたい事、ご希望等ございましたらご記入ください。

()