問　診　票

かえでクリニック

フリガナ お名前		生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日 (　歳)	男・女
住所	〒		自宅番号		
			携帯番号		
			勤務先電話		

体温(　　℃)

該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。

今日は どうされましたか？	風邪症状	□熱(　日～　日まで)　□咳　□鼻水　□たん □のどが痛い　□関節が痛い　□寒気
	腹部症状	□腹痛　□吐き気　□下痢　□便秘　□胃の調子が悪い　□食欲がない
	胸部症状	□胸痛　□胸が苦しい　□圧迫感　□動悸　□息苦しい
	皮膚症状	□湿疹　□かゆみ　□痛み
	尿症状	□血が混じる　□尿が近い　□排尿時痛
	怪我	どこを怪我しましたか？(　)
	その他	□骨粗しょう症
	※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。	

症状はいつからですか？	□今日初めて　□約(　) 日・週間・カ月・年前から　□時々 □ずっと前から　□現在痛みはない	
現在治療中の病気 または 過去に治療を受けた病気は ありますか？	□ない □ある	※あると答えた方 □糖尿病　□胃潰瘍　□高血圧症　□高脂血症　□肝臓疾患 □脳疾患　□心臓疾患(不整脈も含む)　□緑内障 □その他(　)
手術をされたことはありますか？	□ない □ある	※あると答えた方 いつ頃(　)　部位(　)
飲んでいるお薬はありますか？	□ない □ある	※あると答えた方 薬品名(　)
お薬や食品でアレルギーが でたことはありますか？	□ない □ある	※あると答えた方 薬品名(　) 食品名(　)
女性の方へ	□妊娠中(　) カ月　□妊娠の可能性あり　□授乳中	