			問	診 票		ID:	
フリガナ				生年月日			年齢
お名前			(男・女)	昭・平・令	年	月 日	歳
住所	F						
携帯電話	_	_	自宅番号	_	_	業種	
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	J邪症状(素語症状(脂部症状(脂 関部症状(脂 関部症状(脂 関連状(ほ を 関連 関連 関連 関連 関連 関連 関連 関連 関連 関連 関連 関連 関連	をしたか?該当すれ ・ 咳 ・ 鼻水 原痛 ・ 吐き気 ・ 阿痛 ・ 胸が苦しい 温疹 ・ かゆみ ・ 回が混じる ・ 尿が を怪我しましたか?	・ たん ・ のど下痢 ・ 便秘・ 圧迫感 ・痛み)近い ・ 排尿時(が痛い ・ 関節が) 動悸 ・ 息苦しい 痛)	第い · 寒気) ·)		(ださい。
全 全 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	ブリス わず	!+ ‡ りナ <mark>オ</mark> もつ					
		はありますか? □ はい → 本	:日、お薬手帳は	お持ちですか?(はい ・ いいえ)	
□ い □ 糖 □ 肝	いえ	に治療を受けた病 □ 胃潰瘍 □ 脳疾患	□高	か? 血圧症 臓疾患(不整脈もa)	拿む)	□高脂血液□緑内障	
		お持ちの方はいら □ はい 続柄				`	
● 手術	をされたこと	はありますか? □ はい いつほ)部位	й (,)
		ノルギーはあります □ はい 薬品:)

□ 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 → どる	こを怪我しましたか?()						
● 上記で図チャック		 んな症状か、い	 つからか、出来るだに	 ナ詳レく教えてください。						
● 飲んでいるお薬	薬はありますか?									
□ いいえ	□ はい → 本日、お	薬手帳はお持ちで	きすか? (はい ・ いに	ハえ)						
● 現在または過去		ありますか?								
□ いいえ										
□ 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()							
■ 血縁者に持病をお持ちの方はいらっしゃいますか?										
□ いいえ	□ はい 続柄 () 病名	()						
● 手術をされたこ	とはありますか?									
□ いいえ	□ はい いつ頃 () 部位()						
● お薬や食品のフ	プレルギーはありますか?									
□ いいえ	□はい薬品名や食	品名()						
● 体内に金属は	ありますか?(銀歯など、i	歯の詰め物は隙	余 く)							
□ いいえ										
□ 矯正装置	□ ペースメーカー	□ ボルト	□ クリップ	□ ステント						
□ その他 ()							
● 女性の方へ。現	見在、妊娠中または授乳	<u>ーー</u> 中ですか?								
□ いいえ	□ 妊娠中 ()カ月		壬娠の可能性あり	□ 授乳中						