

問 診 票

令和 年 月 日

ID _____	体温 (_____) °C
ふりがな _____	生年月日 _____
氏名 _____	明・大・昭・平 年 月 日 (_____ 歳) (男・女)
〒 _____	_____
電話番号 自宅 (_____) _____	携帯 (_____) _____

- いつ頃からどのような症状がおありですか？ (_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から)
発熱 下痢 嘔吐 胃痛 咳 咽頭痛 鼻水 腹痛 頭痛 膀胱炎
胸痛 息切れ 動悸 立ちくらみ めまい その他 (_____)
- 手術を受けたことがございますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・(_____ 年頃) 病名 (_____)
- 今までにかかったことのある病気の欄に○をいれてください。
肝臓病 (_____) 心臓病 (_____) 高血圧 (_____) 糖尿病 (_____)
高脂血症 (_____) 癌 (_____) 脳卒中 (_____) 緑内障 (_____)
その他 (_____)
- 現在服用中のお薬はございますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・どのようなお薬ですか？
(_____)
- アレルギーはございますか？ (あり ・ なし)
「あり」の方・・・(_____)
- 嗜好品についてお聞きします。
お酒 (1日 _____) たばこ (1日 _____ 本)
- お薬手帳お持ちですか？ [なし ・ あり]
- お支払い方法は？ [現金 ・ キャッシュレス決済]
(クレジット・電子マネー・コード支払)

ご協力有難うございました
広島ハートクリニック安佐南