

## 問診票

氏名		生年月日	年 月 日 ( 才 )	男 女
住所	〒		電話番号	
どうされましたか？ 下記Aの症状のある方は、車種 _____ 車のナンバー _____ ,				
A <input type="checkbox"/> 熱 _____ °C (最高) <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しい				
B <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> はきけがする <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 _____				
いつからの症状ですか？ ( )				
今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳出血 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
15歳以下の方へ 身長( )cm 体重( )kg				
現在飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> お薬手帳をお持ちですか？ お持ちでない場合はご記入ください 薬 _____				
薬や食べ物にアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____				
女性の方にお聞きします。				
<input type="checkbox"/> 妊娠中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい _____ 週目 <input type="checkbox"/> 授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				