

小畑醫院 問診票

体温 _____ °C

ふりがな	男	生年月日
お名前	女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)

1. 今日はどうされましたか？（例：熱がある。血圧が高い。など）

()

2. いつごろからですか？（例：3日前から。〇〇歳のころから。など）

()

3. その症状は悪化していますか？ (はい いいえ)

4. 食事や水分はとれていますか？ (はい いいえ)

5. その症状に対して他院で診察を受けましたか？ (はい いいえ)

6. その症状に対して、現在お薬を内服していますか？ (はい いいえ)

(お薬の内容：)

7. お薬や食べ物に対してアレルギーがありますか？ (はい いいえ)

8. 現在治療中の病気がありますか？ (はい いいえ)

(内容：)

9. 現在内服しているお薬や市販薬、サプリメントがあれば記入してください。

()

10. 今までに入院したり、手術を受けたりするようなことがありましたか？

(はい いいえ) (内

容：)

11. 現在、妊娠している可能性がありますか？ (はい いいえ)

または授乳していますか？ (はい いいえ)