

問 診 票

野村クリニック

				記入日：令和 年 月 日	
ふりがな		男	生年	大正：昭和：平成：令和	年齢
お名前		女	月日	年 月 日	才
ご住所	〒 - -				
携帯番号	- - -	固定番号	- - -		

◆ 症状はいつ頃からですか？	最も高い体温	現在の体温
<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 月 日頃から <input type="checkbox"/> 又は 週間前から	度	度

◆ どのような症状ですか？

咳が出る 痰が出る（色 ） 咳が出だした頃から熱がでていた
 夕方から咳が増える 夜中に咳で起きてしまう
 以前から、風邪をひくと咳が長引く
 気管支喘息や、咳喘息と診断されたことがある
 のどの痛み 鼻水 鼻づまり
 頭痛 倦怠感 味覚異常 臭いの異常
 腹痛 下痢 嘔吐
 不眠 不安感 残尿感 湿疹
 その他の症状 []

◆ 現在継続して治療している病気はありますか？

なし
 あり → [病名：]
 [服用薬：]

◆ アレルギーは、ありますか？

なし
 あり
 → お薬： [薬品名： 症状：]
 → 食べ物： [食品名： 症状：]
 → 花粉： [花粉名： 軽症 中等症 重：]
 → その他： [症状：]

◆ 過去に手術を受けられたことはありますか？

なし
 あり → [病名：]

◆ 女性の方にお伺いします

現在妊娠は なし あり ヶ月 可能性あり
 現在授乳は なし あり

◆ どのように当院をお知りになりましたか？

紹介 電車広告 ホームページ(WEB) その他

◆ 診療明細書はご希望ですか？ 要 不要

※ ご記入いただきまして、ありがとうございます。