



# 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	〒 - -			ご職業	
携帯番号	- -		固定番号	- -	

◆ 女性の方にお伺いします

現在妊娠は  なし  あり ( ヶ月あるいは 週 )  可能性あり

◆ アレルギーは、ありますか？

花粉症  スギ  ヒノキ  その他

その他  ハウスダスト  ダニ  犬  猫  その他

お薬 [ ]

食品 [ ]

◆ 症状はいつ頃からですか？

[ ]

最も高い体温

現在の体温

℃

℃

◆ どのような症状ですか？

発熱  頭痛  倦怠感  関節痛  のどの痛み

痰が出る(色: )  鼻水  鼻づまり

臭いの異常  味覚異常

吐き気  嘔吐  腹痛  下痢

その他の症状

[ ]

◆ 咳がでる方

咳が出だした頃から熱が出ていた

横になると咳が出るが、寝てしまうと朝まで眠れる

夕方から咳が増える

夜中に咳で起きてしまう

咳が連続するとゼーゼーすることがある

痰がでる。色は [ ]

以前から風邪をひくと咳が長引く

花粉症などのアレルギー体質がある

気管支喘息や、咳喘息と診断されたことがある

◆ 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： [ ]

◆ タバコを吸っていますか、あるいは吸っていましたか？

なし  あり  過去に喫煙歴あり

※ ご記入いただきまして、ありがとうございます。