

# 予 診 表

年 月 日

氏 名			年 月 日生 才		
	男 女				
住 所	(〒 )				
電 話			職 業		
メ ー ル					
紹 介 者	殿		電 話 帳 看 板 マ ス コ ミ そ の 他		
現在の症状およびしばしば起こる症状に○印を付けて下さい。					
1	頭が痛い	12	冷える	23	腹が痛い
2	不安感がある	13	関節が痛い	24	便秘する
3	眠れない	14	背中のこり・痛み	25	下痢する
4	目まいがする	15	胸苦しい	26	腰が痛い
5	のどがかわく	16	胸が痛い	27	小便の出が悪い
6	のどがつまる	17	どうきがする	28	小便がちかい
7	咳がでる	18	息がきれる	29	むくみがある
8	頸・肩のこり・痛み	19	吐きけがする	30	疲れやすい
9	手足が痛い	20	胃が痛い	31	体重が減少する
10	手足が動きにくい	21	食欲がない	32	生理異常がある
11	手足がしびれる	22	腹がはる	33	性器出血がある

# 診療カルテ

No. \_\_\_\_\_

氏名	( 才 )	初診	年 月 日
主訴			
現病歴・既往歴・家族歴・診察所見・その他			