問　診　票

年　月　日

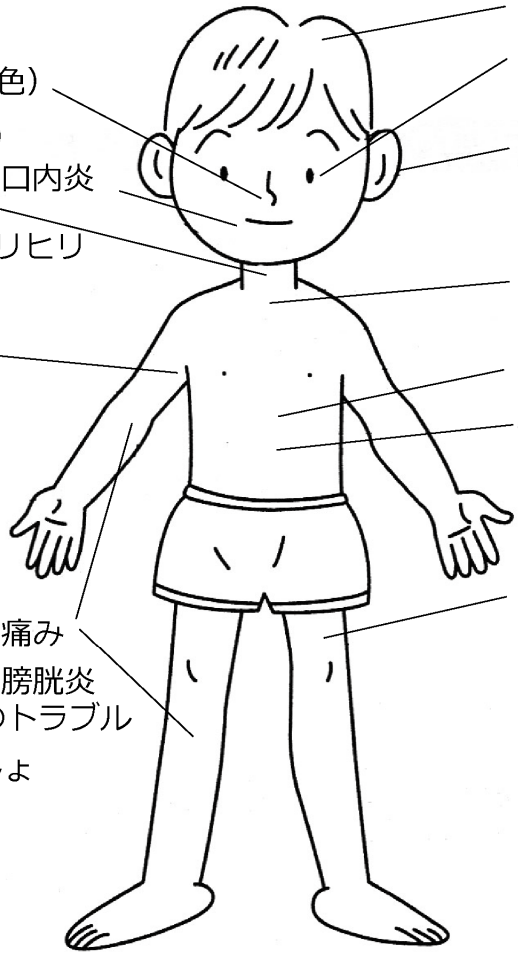
お名前

生年月日　年　月　日（　）才　男・女

あてはまるものに丸をつけてください。

高熱を出した（　）度　　微熱がある（　）度

1. 頭痛　2. めまい
3. 鼻血（右，左）　4. 鼻水（　色）
5. 首（つけね，リンパ，かたまり）
6. 甲状腺のはれ
7. 口内炎
8. のど（チクチク，イガイガ，ヒリヒリ　赤くないのに痛い）
9. リンパのはれ
10. 吐き気，嘔吐
11. むかつき
12. 不眠
13. 精神不安
14. 集中力がない
15. 物が覚えられない
16. 頭がボーッとする
17. 突然の眠気
18. 突然の脱力



19. 髪の毛のぬけ
20. 目の異常（はれ，かゆみ，ヒリヒリ，熱くなる）
21. 耳鳴り
22. 目の下にクマが出る
23. せき（長く続く、喘息様）
24. たん（　）色，続く，からむ
25. 腹痛，胃の上部の痛み
26. 下痢（　）日ぐらい
27. 心臓痛
28. 傷がなおりにくくなった
29. アレルギーの悪化
30. 皮膚のトラブル
31. 湿疹が出た
32. 湿疹が消えない
33. 雪焼け様の日焼け
34. 皮膚ヒリヒリ，つっぱる
35. 服の上から日焼け
36. 関節の痛み
37. 排尿・膀胱炎などのトラブル
38. おねしょ
39. 紫斑

♫他に気がついたことを書き込んで下さい。

♫既往歴

※お名前住所などの個人情報を公開することはありません。

あなたのお住まいの郵便番号をお書き下さい。〒

年　月　日 診察場所：　　メールアドレス：

医師サイン

チェルノブイリへのかけはし