

問 診 票

ふりがな	男 身長 () cm
名 前	女 体重 () kg
生年月日 M T S H 年 月 日	
住所 (〒 -)	
	電話番号 () -

★現在の症状を教えてください。

[]

★その症状はいつからですか。

[]

★原因に心当たりはありますか。

はい・いいえ

はいと答えた方は具体的に記入してください。

[]

★過去に大きな病気をされたことがありますか。

はい・いいえ

はいと答えた方は具体的に記入してください。

病 名	い	つ	和 暦	西 暦
()	()	才頃	()	年
()	()	才頃	()	年
()	()	才頃	()	年
()	()	才頃	()	年

★現在定期的に通院している病気はありますか。

高血圧 糖尿病 脳梗塞 その他 () なし

★内服中の薬はありますか。

ある (薬品名) なし
(病院名)

★今までにお薬で具合が悪くなったことはありますか。

はい (薬品名) いいえ

★食物その他でアレルギーはありますか。

はい (具体的に) いいえ

★女性の方にお聞きします。

現在妊娠していますか。 はい・いいえ

現在授乳していますか。 はい・いいえ

※お薬手帳を持っている方は受付へお渡し下さい。