

問 診 票

受診日 年 月 日

フリガナ	
名前	男 身長 () c m 女 体重 () k g
生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日 (歳)
住所 〒	-

電話番号：

1. 現在の症状を教えてください。

{ }

2. 右の図に症状のある部位を○で囲んでください。

3. その症状はいつからですか。

4. 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。

{ }

5. 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

6. 内服中の薬はありますか。

ある (薬品名) なし

(病院名)

7. 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

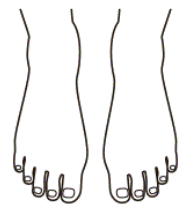
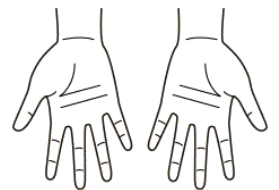
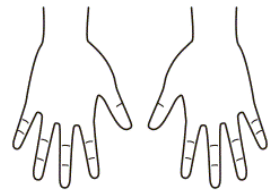
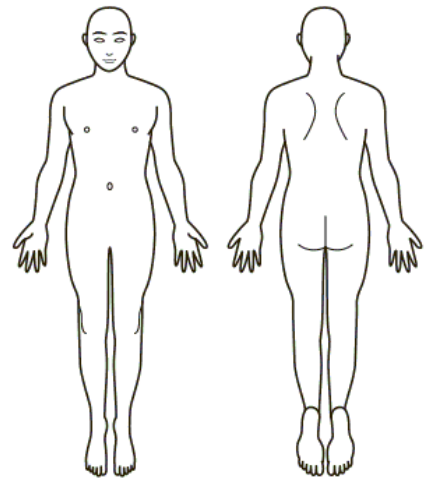
8. 食物その他でアレルギーはありますか。

はい (具体的に) いいえ

9. 女性の方にお聞きします。

現在妊娠していますか。 はい (ヶ月)・いいえ

現在授乳していますか。 はい (ヶ月)・いいえ



※お薬手帳を持っている方は受付へお渡し下さい。