

問 診 票

フリガナ：..... T S H

お名前：_____ 生年月日：_____年 ____月 ____日

ご住所：〒 _____ - _____

お電話番号：_____

1) どのような症状ですか：_____

2) いつから始まりましたか：

3) これまでどのような病気をされましたか：

年月 (歳)	病 名	かかった医療機関・治療
(例) H6 年～	高血圧	〇〇病院に通院。投薬治療中。

4) 現在服用中の薬をお書きください (お薬手帳の持参：あり なし)。

1 _____ 4 _____

2 _____ 5 _____

3 _____ 6 _____

5) 食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ

何のアレルギーですか：_____

6) お酒を飲まれますか？ はい いいえ

7) タバコを吸われますか？ はい いいえ (____ 歳まで喫煙)

8) 女性の方へ。現在、妊娠 している していない 可能性がある