

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