

問診票

記入日

ふりがな

- ・ 氏名 ・ 性別 男 ・ 女
- ・ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才)
- ・ ご住所 〒
- ・ TEL ・ ご職業
- ・ 身長 cm ・ 体重 kg
- ・ 今日どのような症状で受診されましたか？
- ・ その症状はいつ頃からですか？
- ・ 今までにかかった病気や怪我を教えてください。
病名や怪我 ()
- ・ 今までに手術を受けたことがありますか？
いいえ・はい (手術名)
- ・ 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？
食べ物 () お薬 ()
- ・ 現在治療している病気はありますか？
ない・ある→心臓や血管の病気 ・ 糖尿病 ・ 肝臓の病気 ・ 腎臓の病気
高血圧 ・ 喘息 ・ 結核 ・ その他 ()
- ・ 現在お薬を飲んでますか？
いいえ ・ はい 病名 ()
- ・ 女性の方のみお答えください
妊娠の可能性はありますか？ ない・ある
授乳中ですか？ いいえ・はい