

問診票

ふりがな

氏名 _____

性別 男 ・ 女

生年月日 (必須) T・S・H・R _____年 _____月 _____日

年齢 _____歳

住所 (必須)

〒 _____ — _____

電話番号 (必須): _____ (_____) _____

携帯電話 (任意) 0 ___ 0 — _____ — _____

本日の受診の理由をお聞かせください

その症状はいつからありますか?

現在定期的に飲んでいる薬や注射はありますか?

はい ・ いいえ

はいの方は薬をお教え下さい

今まで大きな病気や大きなけがをしたことはありますか?

はい ・ いいえ

はいの方は時期と病名をお教え下さい

肝炎などの感染症と言われたことがありますか?

はい ・ いいえ

はいの方は時期と病名をお教え下さい

アレルギーはありますか?

はい ・ いいえ

はいの方は時期と薬や食べ物をお教え下さい

ご家族に心臓や脳の病気、ガンなどの方はいますか?

はい ・ いいえ

はいの方は続柄と病名をお教え下さい

女性の方へ: 現在妊娠している可能性はありますか?

はい ・ いいえ

授乳中ですか?

はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました