

問診票

ふりがな

氏名 _____

性別 男 ・ 女

生年月日 (必須) M・T・S・H _____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