

問 診 票

ふりがな 氏 名	男 ・ 女	生年月日 大正・昭和 平成 年 月 日生	年齢 歳	体重 (15歳以下) kg
住 所 〒 -	電話番号 - -		携帯電話 - -	

◎ 今日はどうのことでお困りですか？

いつごろからどのような症状があるか、ご記入ください。

(<体温 . ℃>)

◎ 薬、食べ物のアレルギーはありますか？

ない ある ()

◎ 今かかっている病気、昔かかっていた病気はありますか？

ぜんそく・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃腸病
その他 ()

【女性の方へ】

◎ 妊娠されていますか？ あるいはその可能性がありますか？

ない ある (週目)

【女性の方へ】

◎ 授乳中ですか？

授乳中ではない 授乳中である

◎ 喫煙しますか？

いいえ はい (本/日)

◎ 当院をお知りになったきっかけを教えてください。○をつけてください。

① ご紹介 (家族・知人・薬局・他院)

※お差し支えがなければ結構ですので、どなたからのご紹介か教えてください。 ()

② その他