

# 問 診 票

(ふりがな) 患者氏名		生年月日 T・M・S・H 年 月 日
住 所	〒 -	
電話番号	( ) -	体温 °C

本日はどのような症状で来院をされましたか？

症状はいつ頃からですか？

今までに手術を行ったことはありますか？

・いいえ      ・はい ( )

こちらの診療所を受診されたことがありますか？

・いいえ      ・はい

現在までに重大な病気にかかった事がありますか？ (あれば下記から○で選択・複数選択可)

・喘息	・じんましんやアレルギー疾患	・心臓病	・高血圧
・腎臓病	・肝臓病	・糖尿病	・異常体質
			・皮膚病

注射・のみ薬・ぬり薬・点眼薬・その他薬剤で異常が発生した事があるか？

・いいえ      ・はい (薬剤名: )

けいれんを起こしやすい体質ですか？

・いいえ      ・はい

アレルギー体質やアレルギー性疾患があると言われたことがある家族がいますか？

・いいえ      ・はい (アレルギー名: )

妊娠・授乳中の可能性はありますか？

・いいえ      ・はい (妊娠      ヶ月目)