

# 問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)
氏名					
住所	〒				
電話		職業			
携帯	※15歳以下の方のみ (体重 kg)				

(下記にあてはまる所に○印または記入してください)

< 1 > 今日はどうされましたか。

< 2 > 現在、他の医院・病院にかかっていますか。

かかっていない

かかっている (病名: 病院: )

< 3 > 現在、服用中の薬又は常備薬がありますか。

ない

ある ( )

< 4 > 今までに大きな病気をしたり、入院・手術をしたことがありますか。

ない

ある 糖尿病・高血圧・ぜんそく・高脂血症・その他 ( )

< 5 > 今まで薬や注射、食品でアレルギー (じんましん等) が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。

ない

ある ( )

< 6 > タバコは吸いますか。 いいえ はい ( 本/日)

< 7 > アルコールは飲みますか。 いいえ はい

< 8 > 女性の方へ

現在妊娠されていますか。 いいえ はい

< 9 > その他、何か希望等があればお書き下さい。

点滴 検査 その他 ( )