

《 問 診 票 》 平成 年 月 日

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 様

●身長( )cm/体重( )kg

●今日はどうのような症状で来られましたか？

[ \_\_\_\_\_ ]

●いつごろからですか？

年 月 日 頃から

●その症状について治療を受けた事がありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

●今までに以下の病気をされた事がありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

心臓病/肝臓病/腎臓疾患/肺疾患/脳血管疾患/糖尿病/喘息/高血圧症/リウマチ  
その他( \_\_\_\_\_ )

●現在、治療中のご病気はありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

●現在、服用中のお薬はありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

●アレルギー、特異体質と言われた事がありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

●飲み物、注射などで具合が悪くなった事がありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

●手術や輸血を受けた事がありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

(内容; \_\_\_\_\_ /病院名; \_\_\_\_\_ /時期; \_\_\_\_\_ )

●(女性の方のみ)現在、妊娠をなさっていますか？ いいえ はい

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

パソコンのホームページで 携帯電話のホームページで 家・職場が近所なので 他院からの紹介  
知人・友人の紹介 以前から先生に診てもらっていた その他( \_\_\_\_\_ )