

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ					大・昭・平			
名前				性別	男・女	生年月日	年 月 日生	年齢 才
フリガナ					電話	() -		
住所	〒 -				携帯	() -		

他の医療機関からの紹介 ない ・ ある 【 】

1. 今日はどうされましたか

【 】

2. 現在治療中の病気はありますか

ない ・ ある 【 】

3. 大きな病気にかかったり、手術を受けたりした事がありますか

ない ・ ある 【 】

4. 現在飲まれているお薬はありますか

【 】

お薬手帳持参 ある ・ ない

5. 注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たことがありますか

ない ・ ある 【 】

6. アレルギー体質と言われたり、喘息・じんましんが出たことがありますか

ない ・ ある

7. 女性の方で、妊娠の可能性のある方や、授乳中の方はお知らせ下さい

妊娠の可能性有り・現在妊娠中(週) 妊娠の可能性なし 不明

現在授乳中(お子さんは ヶ月) 最終月経 年 月 日

8. 小学生以下の方は体重を記入して下さい 【 kg】