問 診 票

20　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大・昭・平 年　　月　　日生	年齢	才
名前							
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てことや、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】

やまかげクリニック