

問 診 票

西暦

年

月

日

お間違いのないようにご記入ください。

〒

住 所

フリガナ

氏 名

携帯電話

固定電話

生年月日

西暦

年

月

日

(歳)

性 別

男 ・ 女

1. どのような症状がありますか？ それはいつ頃から始まりましたか？

直近の体温 °C ・ わからない

2. 現在治療中のご病気がある場合は下記をご記入ください。

病名

お薬の内容(手帳があれば記載不要です)

3. お薬や注射での副作用あるいはアレルギーが出たことはありますか？

ない

薬の内容

ある

4. 診察や採血、治療で気分が悪くなったことはありますか？ ある ・ ない

5. 今までに入院や手術を要する病気をしたことがありますか？

ない

病気や手術の内容

ある

医療機関名

6. タバコについて 吸わない ・ 吸う/吸っていた 1日 本 年

7. お酒について 飲まない ・ 時にのむ ・ 毎日飲む

8. 女性の方へ : 妊娠されていますか？ していない ・ している

 週

: 授乳されていますか？ していない ・ している

9. 現在の体重

約

 kg