

問 診 表

記入年月日 平成 年 月 日

フリガナ 氏 名	男 ・ 女	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日生(歳)
住 所		
電話番号 ()	携帯番号	
身 長	cm	体 重
		kg
		体 温
		°C

1. 本日はどうされましたか

いつ頃からどのような症状がありますか

2. これまでに大きな病気はありますか

- ・なし ・心臓病 ・脳卒中 ・がん ・肺疾患
- ・胃腸病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・その他 ()

3. 今、治療中の病気はありますか

- ・なし
- ・あり ()
服用している薬の名前がわかれば記入して下さい
(薬品名:)

4. 薬のアレルギーはありますか

- ・なし
- ・あり 抗生物質
 ピリン系薬剤
 その他 ()

5. 喫煙 なし あり (本/日)

6. 飲酒 なし あり (: ml/日)

7. 女性の方のみお答え下さい

- 現在、妊娠していますか いいえ はい
- 授乳中ですか いいえ はい