

## 問診票

ID

|       |             |      |           |
|-------|-------------|------|-----------|
| 受診日   | 年 月 日       |      |           |
| フリガナ  |             |      | S · H · R |
| お名前   | 男<br>・<br>女 | 生年月日 | 年 月 日     |
|       |             | ご職業  |           |
| ご住所   | 〒           |      |           |
| 電話番号  | - -         | 携帯番号 | - -       |
| 緊急連絡先 | - -         | 続柄   |           |

■ 本日はどうされましたか？

[ ]

■ いつからですか？

[ ]

■ 今までに大きな病気あるいは現在治療中の病気はありますか？

・いいえ ・はい [ ]

■ 現在飲まれているお薬はありますか？

・いいえ ・はい [ ]

※ お薬手帳等ありましたら診察室でご提出ください。

■ 薬や食べ物で副作用やアレルギーが出たりしたことがありますか？

・いいえ ・はい [ 薬:  
食品: ]

■ 女性の方におたずねいたします。妊娠の可能性はありますか？

・いいえ ・はい