

問 診 票

記入日 R 、 、

氏名	(カナ)	男 女	生年 月日	M S R T H 、 、	年齢
住所	〒 - -				
自宅 電話	- -		携帯 電話	- -	

身長 cm 体重 kg

- 1、 いつ頃から、どのような症状でお困りですか。
(詳細は診察室でうかがうので、簡潔で結構です)

症状の原因は何ですか。

- 工作中、通勤中のケガ 交通事故 学校でのケガ
 不明 その他()
- 2、 今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不良など)を起こしたことがありますか。
 いいえ はい → : _____
- 3、 今までに大きな病気、ケガ、手術歴などがありましたら記入してください。
 いいえ はい → : _____
- 4、 現在服用中の薬がありますか。
 いいえ はい → 診察時にお薬手帳をご提示下さい
- 5、 女性の方のみお答え下さい。
現在、妊娠中ですか。 いいえ はい 可能性あり
現在、授乳中ですか。 いいえ はい

～ご記入ありがとうございました。お手数おかけいたしますが、受付にご提出願います。～

