

問診票

フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 才
郵便番号	—
住所	
連絡先	自宅 — — 携帯 — —
身体情報	身長： cm 体重： kg

① 紹介状をお持ちですか？ いいえ はい→受付へお出し下さい

② 本日の症状は？

③ いつ頃からですか？（部位、程度、症状の変化等お教えてください）

④ 現在治療中、あるいは過去にかかった病気はありますか？

いいえ はい→それはどんな病気ですか？

⑤ 服用中のお薬はありますか？ いいえ はい→どんな薬ですか？

⑥ アレルギーは？ ない ある→（ 花粉症 じんま疹 その他 ）

→その原因は？

⑦ 手術を受けたことはありますか？ いいえ はい→どんな手術ですか？

⑧ タバコを吸いますか？ いいえ 禁煙した はい→（1日 本）

⑨ お酒を飲みますか？ いいえ はい→どれくらい？（ ）

★ 女性の方のみにご質問です

月経は 順調 不順 最終月経は？ 月 日

閉経している

現在、妊娠の可能性は ある ない わからない

授乳中ですか？ いいえ はい→お子さんは（ 月 ・ 才）

記入されましたら受付までお願いいたします、診察までしばらくお待ち下さい