₩ = ^ C	_			
一一	\Box	4-	\vdash	-
マラシロ	1.1	-	\neg	

<u>ID</u>:

問 診 票

お名前	フリガナ	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日()才 性 別 男・女	
住 所	フリガナ (〒 –)	
連絡先	(自宅電話) (携帯電話)	
・それはい◆現在、治療	のような症状で、来院されましたか。 いつ頃からですか。 約() 日前から・週間前から・ヶ月前から・年前か 奈中の病気はありますか。) 5
ない・ある ◆現在、服用 ない・ある	用中のお薬はありますか。)
	-について レルギーはありますか。 ない・ある (Dアレルギーはありますか。 ない・ある ()
◆今までに、 ない・ある	薬や注射などで副作用が起きたことはありますか。 る()
◆今までに、 いいえ・は	手術を受けたことはありますか。 はい()
◆タバコは® 吸わない・	吸いますか。 ・吸う(一日 本)・ 禁煙した(年前から)	
◆女性の方 ・現在妊娠 ・授乳中で	辰されていますか。 いいえ・分からない・はい (週目) ですか。 いいえ・はい	