

ID: \_\_\_\_\_

受診日 R 年 月 日

## 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)	

- ◆今日はどのような症状で、来院されましたか。  
( )  
・それはいつ頃からですか。 約 ( ) 日前から・週間前から・ヶ月前から・年前から
- ◆現在、治療中の病気はありますか。  
ない・ある ( )
- ◆現在、服用中のお薬はありますか。  
ない・ある ( )
- ◆アレルギーについて  
・薬のアレルギーはありますか。 ない・ある ( )  
・食べ物のアレルギーはありますか。 ない・ある ( )
- ◆今までに、薬や注射などで副作用が起きたことはありますか。  
ない・ある ( )
- ◆今までに、手術を受けたことはありますか。  
いいえ・はい ( )
- ◆タバコは吸いますか。  
吸わない・吸う (一日 本)・禁煙した ( 年前から)
- ◆女性の方  
・現在妊娠されていますか。 いいえ・分からない・はい ( 週目)  
・授乳中ですか。 いいえ・はい