

# 問診表

具合が悪い、手が痛いなどでご記入できないときは、受付にお申しつけ下さい。

平成 年 月 日

フリガナ		男	ID(こちらで記入します)
氏名		女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	(	歳)	
住所	〒 -		
電話番号	( ) -	職業	

1. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？

- ある (薬品・消毒薬： 食品： その他： )  
 なし

2. 今日はどのような症状で受診されましたか？

いつ頃からですか？

どのような症状ですか？

3. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

- ある  なし

何歳ごろ

病名

4. 現在、治療している病気がありますか？

- はい (病名 )  いいえ  
薬剤 ( )

5. 喫煙

- ある 本/日 禁煙歴 ( ) より禁煙  なし

6. 飲酒

- ある 本/日 種類 (ビール・焼酎・日本酒・その他 )  なし

7. 食欲はありますか？

- 普通  ない

8. その他、気になることがあればご記入ください。

{ }

☆ 女性の方は、以下の質問にお答えください。

- 妊娠  していない  わからない  している ( 週)  
授乳中  はい  いいえ