

問診票

ふりがな	男 女	生年月日
お名前		T S H R 年 月 日 歳
〒 住所		
電話番号		

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃から：

どんな症状：

身長 cm、 体重 kg、 体温 °C

2. 今までにかかった、あるいは現在かかっている病気を教えてください。

3. 現在内服中のお薬はありますか。

無 有（お薬手帳をご準備ください）

4. アレルギーはありますか。

無

有

食事：_____

薬：_____

他：_____

5. たばこを吸いますか。 無 有 1日 本 歳から

6. お酒は飲みますか。

飲まない 機会があれば 週2~3回 毎日

7. 女性の方にお聞きします。

現在妊娠中 _____ 週 授乳中 妊娠の可能性が有る