

問診票

フリガナ (_____)

お名前 _____ 男・女 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

郵便番号 _____

住所 _____

携帯番号 _____ 自宅番号 _____

1. 今日はどうされましたか？ 症状はどのぐらい前からですか？

2. 今までに薬のアレルギー（じんましん等）を認めたことはありますか？

 ない ある → ある場合はその薬剤名を下記に記入してください。

3. 現在治療している病気はありますか？

あてはまるものに○を書いてください。

高血圧 糖尿病 胃潰瘍 喘息 不整脈 狭心症 心筋梗塞

肝炎【B型・C型・その他（ _____ ）】 その他（ _____ ）

4. 現在服用中のお薬はありますか？

 ない ある → ある場合はその薬剤名を下記に記入してください。

5. 今までに手術をしたことがありますか？

 ない ある → ある場合は手術内容を下記に記入してください。

6. (患者がお子様の場合) 体重は何キロですか？ (_____) kg

7. (患者が女性の場合) 妊娠していますか？ はい いいえ授乳中ですか？ はい いいえ