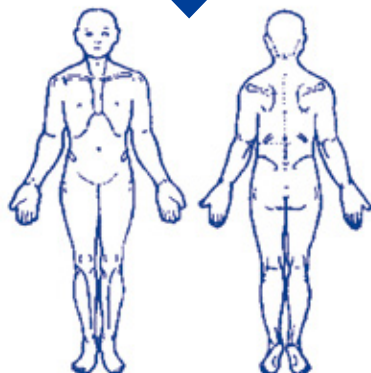


問 診 票

ふりがな				性別
お名前				男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日()歳
ご住所	〒□□□-□□□□			
電話番号	TEL. - -	緊急の連絡先		
ご職業		勤務先		
学校名		学年	年	部活動
	身長	cm	体重	kg
			閉経	歳

症状のある場所に○をつけて下さい。



*①いつ頃から症状がありますか？

*②どのような症状がありますか？

*今までにかかった病気について教えてください。(○をつけて下さい)

1. 心臓病 2. 肝臓病 3. 腎臓病 4. 高血圧 5. 糖尿病 6. 高脂血症 7. 喘息
その他 ()

*今までにお薬でアレルギーが出たことがありますか？(○をつけて下さい)

ない・ある (薬品名:)

*今、通院中の病院はありますか？

ない・ある (病院名:)

*内服中の薬はありますか？ あれば教えてください。

ない・ある ※お薬手帳をご提出ください。

* (女性の方のみ) 妊娠の可能性について教えてください。(○をつけて下さい)

1. なし 2. あり 3. わからない 4. 授乳中