

問 診 表

フリガナ			
名前	様	男・女	血液型
生年月日	(明・大・昭・平) 年	月	日
住所	〒		
電話番号	-	-	
携帯電話	-	-	

※連絡先は必ずご記入ください。

(1) 本日はどのような症状で来院されましたか。

(2) 薬や食べ物によるアレルギー症状（発疹など）をおこしたことがありますか。

ある・ない

└ あると答えた方にお尋ねします。どのような薬ですか。どのような症状ですか。

(3) 現在お薬を飲んでいますか。

飲んでいる・飲んでいない

└ 飲んでいると答えた方にお尋ねします。どのような薬ですか。どのような症状ですか。

(4) 現在治療中・経過観察中の疾患がありますか。

ある・ない

└ あると答えた方にお尋ねします。どのような疾患ですか。どのような症状ですか。

(5) 今までに入院したことはありますか。 ある・ない

(6) 市販薬を服用することはありますか。

ある・ない

└ あると答えた方にお尋ねします。どのようなお薬ですか。（風邪薬、胃腸薬など）

(7) 女佳の方にお尋ねします。現在妊娠中または授乳中ですか。

はい（妊娠中・授乳中）・いいえ

(8) 差し支えなければお聞かせ下さい。当院をどちらで知りましたか。

駅の看板 電柱の看板 バスアナウンス チラシ 情報誌
 ご近所 知人の紹介 インターネット 通りがかり その他（ ）