<< 問診票 >>

（ふりがな） 名前	男・女	小学生以下の方ご記載ください 体重　　kg
明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日		年齢（　　）歳
〒 ご住所		電話

① どのような症状で来院されましたか（例：熱がある、腰が痛い）

（　　）

② その症状はいつからですか

＿＿＿日前から　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日から。

③ その症状に対して治療を受けられた事はありますか

いいえ　はい（ いつ頃　　治療内容　　）

④ アレルギーはありますか

いいえ　はい（ 食物・薬 ：　　）

⑤ 現在内服しているお薬はありますか

いいえ　はい（　　）

⑥ 血液をサラサラにするお薬を内服していますか

いいえ　はい（　　）

⑦ 今までにかかった事のある病気に○を付けて下さい

高血圧・糖尿病・心臓の病気・脳の病気・肝臓の病気・腎臓の病気

その他（　　）

手術を受けた（ 年齢：　　病名：　　）

⑧【女性の方のみご記載ください】
現在妊娠中ですか

いいえ　はい

ご協力
ありがとうございました。