

問 診 票

年 月 日

ふりがな			明・大・昭・平
氏名		生年月日	年 月 日 ()才
住所	〒	性別	男・女
		電話番号	自宅 - - 携帯 - -

今日はどうされましたか?症状を具体的に書いてください。

その症状はいつ頃からですか? (年 月 日頃)

あなたの治療上、大切なことですので下記の表に○をつけてください。

① 今までに医師により、アレルギー体質(ジンマシン・ぜん息)と言われたことがありますか?
 ない ・ ある

② これまでに薬や注射の副作用で、発疹や気分が悪くなったことがありますか?
 ない ・ ある

③ 今までにかかった病気、けが、手術を受けたことがありますか?
 ない ・ ある

④ あなたの肉親に次のような病気がありましたら○をつけてください。
 糖尿病 高血圧 脳卒中 ぜん息 心臓病 肝臓病 リウマチ がん

⑤ 現在、何か飲んでいる薬がありますか?
 ない ・ ある ()

⑥ 女性にお聞きします。授乳中または妊娠中、あるいは、妊娠の疑いがありますか?
 ない ・ 授乳中 妊娠中

⑦ 今回の病気、けがで他の病院の治療を受けたことがありますか?
 ない ・ ある 病院名()

⑧ ご紹介された方がいらっしゃる方はさしつかえなければご記入ください。
 ()

※その他異常なことがあった人は必ず医師に申し出てください。