

問 診 票

フリガナ 氏名	男 女	聯・姓・職・種 年 月 日生 (満 歳)
住所	自宅 ¹ _a 連絡先 ¹ _a (携帯など)	
職業		

1. どのような症状がありますか？あるいはどういう理由で来院されましたか？

2. 現在の症状に思い当たることがありますか？ (はい・いいえ)

3. 同様の症状が以前にもありましたか？ (はい・いいえ)
 どのくらい前ですか (位前)
 どこでどのような治療を受けられましたか

5. 今までにかかった病気やけがについてお書きください

()歳の時	()年前	病名()	()入院・通院・手術
()歳の時	()年前	病名()	()入院・通院・手術
()歳の時	()年前	病名()	()入院・通院・手術
()歳の時	()年前	病名()	()入院・通院・手術

6. 他に気になることがありますか？

7. 食べ物や薬で発疹が出たことがありますか？ (ある・ない)

8. 飲酒はされますか？ (はい・いいえ)
 一日に(日本酒 合・ビール 本・ウイスキー 杯)

9. タバコは吸いますか？ (はい・いいえ)
 はいの方は一日に(本 年間)

10. 嗜好品は？

11. 常備薬は？ (ある・ない)
 あると答えられた方 (薬剤名)

12. 便通は 日に 回位 (便秘気味・下痢気味・普通)