

問 診 表

ふりがな

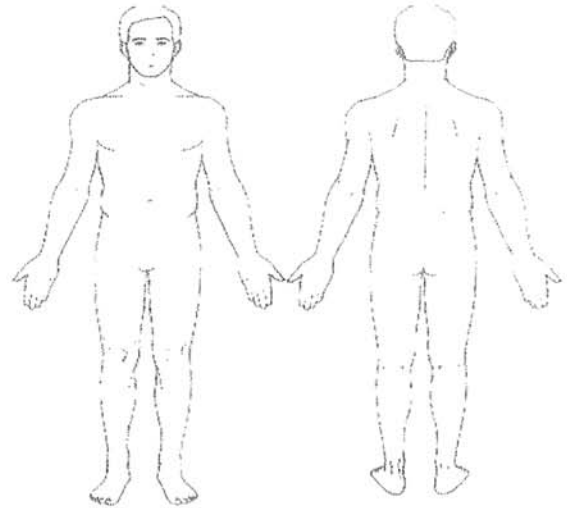
お名前 _____ 生年月日 大・昭・平成 年 月 日 _____ 歳

住所 _____

TEL _____

以下の質問に可能な範囲でご記入お願い致します。

1. 本日来院された理由は何ですか？（いつからどのような症状がありますか？）



2. 痛みなど症状のある場所に右図に○をつけてください。



3. これまでかかった病気や治療中の病気について教えてください。

- | | | |
|-------|-----|-----|
| ・糖尿病 | はい | いいえ |
| ・高血圧 | はい | いいえ |
| ・高脂血症 | はい | いいえ |
| ・その他 | (病名 |) |

4. 過去に受けた治療や手術

- ・ 年 月 病名又は手術名 _____
- ・ 年 月 病名又は手術名 _____
- ・ 年 月 病名又は手術名 _____

5. 現在服用中のお薬があれば教えてください。お薬手帳があれば見せてください。

6. お薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

- ・ ある(薬剤名 _____ 症状 _____)
- ・ ある(食品名 _____ 症状 _____)

7. 女性の方に。 現在妊娠している ・ 妊娠している可能性がある

8. その他気になる症状があればご記入お願い致します。