

問 診 票

月 日

ふりがな	男・女	生年月日
氏 名		
電 話	住所〒	
携 帯 電 話		

1) 今日はどうされましたか？

2) これまでに薬でアレルギー(皮疹やしびれ感)がありましたか？

有 ・ 無 ・ わかりません

3) これまでに次の病気にかかったことがありますか？

有 ・ 無 ・ わかりません

1. ぜんそく 2. アレルギー 3. 心臓病 4. 高血圧 5. 肝臓病

6. 糖尿病 7. 副鼻腔炎 8. 中耳炎 9. 扁桃炎

10. その他()

4) 女性の方ですが、妊娠またはその可能性がありますか？

有 ・ 無

5) 家族の方に重い病気やめずらしい病気の方はおられますか？

有 ・ 無 何の病気ですか？()