

問診票

年 月 日

体温 _____ °C

ふりがな

お名前 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 昭・平・令 年 月 日 歳

ご住所 〒 _____

ご自宅の電話番号 _____ () _____

携帯番号 _____ () _____

(1) どのような症状ですか？

()

(2) いつ頃からですか？ ()

(3) 現在治療中の病気はありますか？

なし ・ あり ()

(4) 現在、何か薬を飲んでいますか？

なし ・ あり ()

(5) 今までに大きな病気・手術をされたことがありますか？

なし ・ あり 病気・手術 () (歳頃)

病気・手術 () (歳頃)

(6) アレルギーはありますか？

なし ・ あり (花粉症・食べ物・薬・その他)