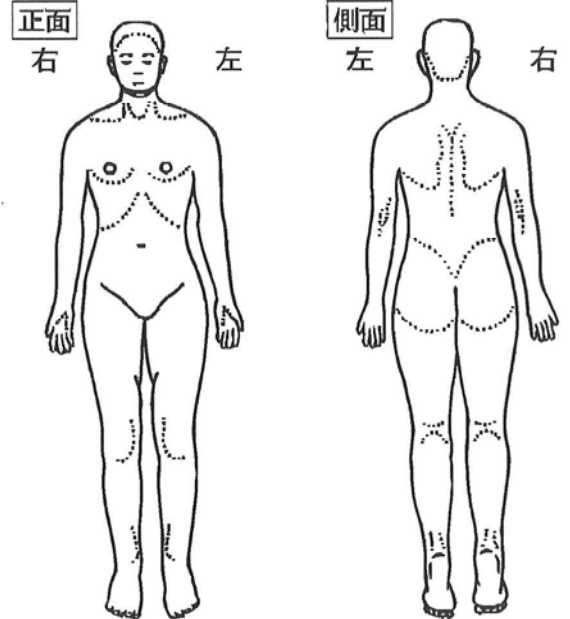


問 診 票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平	年	月	日(才)
氏名			電話番号	自 宅	()		
住所	〒						

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

1. 本日はどうされましたか。



2. いつからですか。

- 今日 昨日 2日前 3日前
 1週間前 その他 ()

3. 現在または過去にかかった病気はありますか。

- 高血圧症 糖尿病 心臓病 喘息 リウマチ その他 ()

☆痛いところがあればその部位に○をしてください。

4. 現在服用中のお薬はありますか。

- はい いいえ ☆ “はい” を選んだ方は、お薬手帳などを担当医師に見せてください。

5. お薬や食べ物にアレルギーはありますか。

- はい いいえ

どんなものにアレルギーがありますか。

- 内服薬 注射 造影剤 食べ物 その他 ()

6. 手術をしたことはありますか。

- はい いいえ

手術箇所はどこですか。

()

いつごろですか。

()

7. 女性の方におたずね致します。

月経は

- 順調 不順 閉経 妊娠中 授乳中 その他 ()