

診療申込・問診票

ふりがな			生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男	大正・昭和・平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 女	
住所	〒		
連絡先	自宅	身長	c m
	携帯	体重	k g

❖本日はどうされましたか？

体温： °C

❖いつ頃からですか？

❖今までに大きな病気にかかったことがありますか？

なし

あり・・・それはどんな病気、どんな手術ですか？(下の欄にご記入下さい)

❖現在のまれているお薬はありますか？

なし

あり・・・お薬の名前が分かればお書きください。お薬手帳をお持ちの方はお見せ下さい。

❖今までに薬や食べ物等でアレルギー症状(発疹、気分不良など)を起こしたり、アレルギー体質・特異体質と言われたことがありますか？

なし

あり・・・(薬 食品 その他)

❖差し支えなければ職業をお書きください。

❖喫煙歴 なし あり(1日 本) やめた(年前)

❖アルコール のまない のむ(ビール 本/日 その他)

❖妊娠・授乳(女性のみ) なし あり(週)妊娠の可能性あり 授乳中(生後 ヲ月)