

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

お名前 男・女 大・昭・平・令 年 月 日生

体重(12歳以下のみ) Kg

ご住所 〒 -

電話 ()

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

2. いつ頃からですか？

3. 次の病気のどれかにかかったことはありますか？ (ある・ない)

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 糖尿病 胃潰瘍

4. 一か月以上飲んでいる薬がありますか？ (ある・ない)

ある場合には、薬の内容をわかる範囲でお書き下さい。

5. 飲み薬や麻酔薬、点滴で副作用がでたことがありますか (ある・ない)

ある場合には、薬の内容をわかる範囲でお書き下さい。

※女性の方にお伺いします。 現在妊娠して (いる・いない)

現在授乳して (いる・いない)