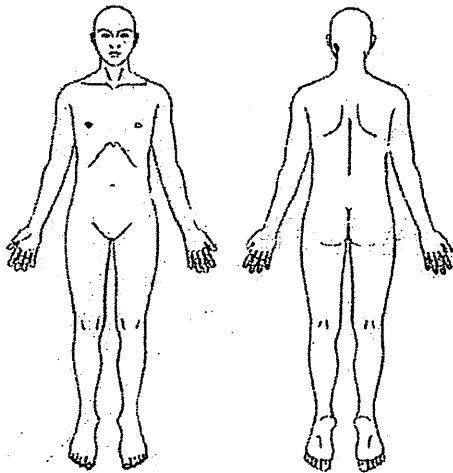


問診票

氏名		歳	性別	男 ・ 女 (妊娠有・無)	ヶ月
住所		生年月日	T・S・H・R / /		
		電話番号			
		携帯番号			
職業・学年		部活・スポーツ歴			
家族構成	計 () 人		体温	°C	体重 kg

☆症状のある部分に○をつけ、詳しく教えてください。



どこが	
いつから	
どのように	痛み・しびれ・はれ・その他
原因	

☆食べ物や薬剤でアレルギーはありますか。

はい

いいえ

☆高血圧はありますか。

はい

いいえ

☆糖尿病はありますか。

はい

いいえ

☆喘息はありますか。

はい

いいえ

☆難聴はありますか。

はい

いいえ

☆血液サラサラの薬を服用されていますか。

はい

いいえ

☆今回の症状で他の病院・医院を受診されましたか。

いいえ	はい	紹介状 (有・無)	病院名
-----	----	-----------	-----

☆今までに病気やけがで入院・通院されたことのある方はお書き下さい。

年齢	病名	病院名	経過
			入院・手術・現在通院中
			入院・手術・現在通院中
			入院・手術・現在通院中
			入院・手術・現在通院中
			入院・手術・現在通院中
			入院・手術・現在通院中

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

お薬手帳□