

## 問診票

ふりがな		性別	男・女	年齢	才
氏名		生年月日	( 明治・大正・昭和・平成 ) 年 月 日生		
住所			電話	( ) —	

●今回受診の症状をお聞かせ下さい。

①いつから ( )

②どんな症状 ( )

●今までにかかった大きな病気、現在治療中の病気を教えてください。  
例) H23年 大腸がん手術

●現在飲まれているお薬を教えてください。

●アレルギー（食物・薬剤等）はありますか？

はい いいえ

「はい」と答えられた方は具体的に教えてください。

( )

●女性の方におたずねします。

①現在妊娠している、またはその可能性はありますか？

はい いいえ

②現在、授乳中ですか？

はい いいえ