

《 診察申込み・問診表 》

(〒 _____)

住所 _____

携帯番号 _____ T・S
電話番号 (_____) 生年月日 H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____ 年齢 才 _____ ヶ月 性別 男・女
氏名 _____

1. 本日受診することになった主な症状は？

いつ頃から	どのような症状が	紹介状	あり・なし
-------	----------	-----	-------

2. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ・はい → _____

3. 現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ・はい → _____ お薬手帳があれば提出願います

4. 今までにおおきな病気、けが、手術をされたことはありますか？

いいえ・はい → _____

5. 薬や食べ物でアレルギー症状（じんましん・気分が悪い）が出たことは？

なし・あり → _____

6. お酒、タバコは一日どれくらいですか？

酒 _____ 合、ビール _____ 本、その他 _____、タバコ 1日 _____ 本

7. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

8. 女性の方にお尋ねします、現在妊娠は？

していない・している → _____ ヶ月 ・ 授乳中