

問診票

カルテ番号 _____

フリガナ

お名前 _____ (男・女) ご年齢 _____ 歳 体重 _____ kg

〒 _____

ご住所 _____

ご連絡先 (日中のご連絡がつくところ) 自宅 _____

携帯 _____

ご職業 _____ または 幼児 小 中 高 年生

今日はどうされましたか？ (いつから どこに どんな症状かをご記入下さい。)

その症状について治療をしましたか？

病院・医院 市販の薬 いいえ その他 ()

現在、他の科で治療中の病気・お薬がありますか？ はい いいえ

上記で、はい に○をされた方は病名をお願いします。

緑内障 前立腺肥大 (尿が出にくい) 心臓病 高血圧 糖尿病 肝臓病
その他 ()

過去に大きな (手術・入院など) 病気をしましたか？

はい () いいえ

今までにお薬・注射による副作用がありましたか？

はい【抗生物質・痛み止め・()】 いいえ

現在妊娠していますか？

はい (週) いいえ 不明 予定している

授乳中である

書かれた方のお名前 _____ ご関係 _____

ありがとうございました。