

問診票

記入年月日 年 月 日

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

1. 本日、お薬手帳はお持ちですか？

はい ・ いいえ

2. 本日、受診することになった症状は？

いつごろから？ ()

どのような症状ですか？ ()

3. 現在、治療している病気はありますか？

ない ・ ある → 糖尿病・高血圧・肝臓の病気・心臓や血管の病気・結核・
喘息・腎臓の病気

そのほか ()

4. アレルギーはありますか？

なし ・ あり → くすり ()
食べ物 ()

5. 現在、妊娠していますか？

はい ・ いいえ