

問診票

フリガナ

氏名

(男・女)

生年月日 (大・昭・平)

年

月

日

住所

自宅電話

携帯電話

今日はどうされましたか？ (くわしく書いてください)

薬や注射のアレルギーはありますか？

ない・ある (

)

今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？

高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳卒中・心臓病・肝臓病・腎臓病・喘息・骨粗鬆症・結核・

リウマチ・癌・その他 (

)

現在他の病気で薬を飲んでいますか？

はい (

)・いいえ

※お薬手帳をお持ちでしたら、ご提示ください

体重を記入してください (

) kg

《女性のみ》

現在妊娠していますか？

はい (現在

週)・いいえ

授乳中ですか？

はい・いいえ