

問診票

お名前 _____

生年月日 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

●本日はどうされましたか？

●これまでかかった病気または現在治療中の病気はありますか？

高血圧 糖尿病 肝臓病 心臓病 ぜんそく 高脂血症
脳卒中 腎臓病 花粉症 癌 その他 ()

●手術をしたことがありますか？ はい いいえ

●輸血をうけたことがありますか？ はい いいえ

●現在、お薬を飲んでいますか？ はい いいえ

ある方はご記入ください

●アレルギー（薬・食べ物）はありますか？ ある ない

ある方はご記入ください

●嗜好品（アルコール類・タバコ）についてご記入ください

とっている とっていない

とっている方はご記入ください

お酒 合 ビール ml タバコ 本

●女性の方のみお答えください。現在妊娠していますか？

はい いいえ

現在、授乳中ですか？ はい いいえ