

問 診 票

| | | | |
|------|-------|------|--------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 |
| お名前 | (男・女) | 年 | 月 日 (才) |
| 住所 | 〒 - | 自宅電話 | - - |
| | | 携帯電話 | - - |

① 今日、お越しになった症状を教えてください

1. いつ頃からですか？

時間前 ・ 日前 ・ ヶ月前 ・ 年前

2. どのような症状がどれくらい続いていますか？

② 現在内服されているお薬はありますか？

ない

ある (お薬の名前:)

③ お子さんの場合、体重 (kg)

④ 熱性けいれんを含む、けいれんおこしたことはありますか

ない ・ ある (才から 才頃まで)

⑤ 妊娠、授乳をされていますか

ない ・ 妊娠不明 ・ 妊娠中 (週) ・ 授乳中

⑥ 飲み薬、注射、食物等で体がかゆくなったり、じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

ない ・ ある ()

⑦ 喫煙はされますか？ しない・する (本 / 日)

⑧ 飲酒はされますか？ しない・毎日飲む (ml / 日)

⑨ 現在治療中、今までに治療されたことのある病気は何かありますか？

ない

ある ()

⑩ 今まで手術されたことはありますか？

ない

ある ()