

問診票

フリガナ

体温 _____ °C

名前 _____

性別 _____ 男・女

生年月日

(M・T・S・H・R) _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 _____ 歳

〒

住所 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 _____

★今日はどうされましたか

[_____]

★いつからですか

[_____]

★現在、治療中の病気はありますか

はい・いいえ 病名 [_____]

★現在、飲んでいる薬はありますか

はい・いいえ 薬品名 [_____]

★今までにかかった病気はありますか

ある・ない

肝臓病 腎臓病 心臓病 脳梗塞 脳出血 糖尿病 高血圧 痛風

貧血 高脂血症 大きな手術 その他 [_____]

★薬や食べ物に対するアレルギーはありますか

ある・ない [_____]

★タバコはสู�ますか

はい・いいえ

1日に _____ 本

★女性の方にお聞きします 現在、妊娠されていますか

はい・いいえ

お急ぎの方は、FAX をお願い致します。 FAX:06-6322-1437

松岡医院