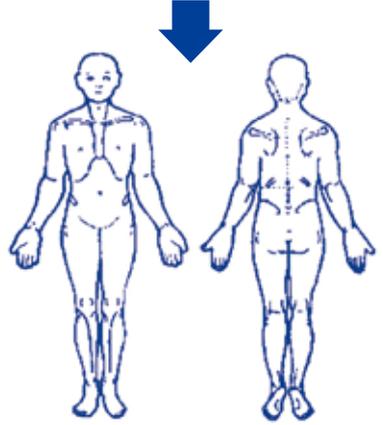


問 診 票

ふりがな				性別
お名前				男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 ()歳
	身長 cm	体重 kg	閉経	歳
ご住所	〒□□□□□□□□			
電話番号	TEL. - -	緊急の連絡先		
ご職業		勤務先		
学校名		学年	年	部活動

*①いつ頃から ②どのような症状がありますか？

症状のある場所に○をつけて下さい。



*今までにかかった病気について教えてください。(○をつけて下さい)

1. 心臓病 2. 肝臓病 3. 腎臓病 4. 高血圧 5. 糖尿病 6. 高脂血症 7. 喘息
 その他 ()

*今までにお薬でアレルギーが出たことがありますか？(○をつけて下さい)

ある (薬品名:) ・ ない

*今、通院中の病院はありますか？

ある (病院名:) ・ ない

*内服中の薬はありますか？ あれば教えてください。(お薬手帳がある方は見せてください)

* (女性の方のみ) 妊娠の可能性について教えてください。(○をつけて下さい)

1. あり 2. なし 3. わからない 4. 授乳中