

問 診 票

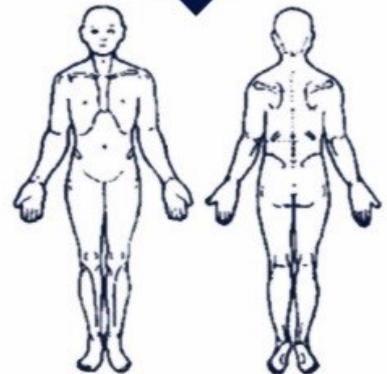
ふりがな				性別		
お名前				男・女		
生年月日	・ 昭和・平成・令和 年 月 日 ()歳					
	身長	cm	体重	kg	閉経	歳
ご住所	〒□□□□□□□□					
電話番号	TEL.	-	-	緊急の連絡先		
ご職業			勤務先			
学校名			学年	年	部活動 競技種目	

* いつ頃から どのような症状がありますか？

(例) 4月3日に自転車で転倒して右手をついてから右手首が痛い

(例) 半年前から腰が痛くなり、最近では50m歩くのがやっと

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