

問 診 票

年 月 日

ふりがな	生年月日 S・H・R	年	月	日
お名前	電話番号	()	
	携帯電話	()	
	※必ずご記入下さい			続柄
郵便番号 〒	—		性別	年齢
ご住所			男・女	歳

①いつ頃から、どこが、どのように悪いのですか？ 紹介状あり
いつ頃からですか？ 月 日頃から(日前から)
どこがですか？
どのような状態ですか？

② その症状について、以前に治療を受けたことがありますか？
いいえ・はい 「はい」の場合(病院名等:)

③注射・服薬等で気分が悪くなったり、副作用が出たことはありますか？
いいえ・はい 「はい」の場合(薬剤名等:)

④現在、他の病気(疾患)で治療を受けていますか？
いいえ・はい 「はい」の場合(疾患名等:)

⑤今までに大きな病気にかかった事がありますか？
いいえ・はい 「はい」の場合(疾患名等:)

⑥最近、海外旅行をしましたか？
いいえ・はい 「はい」の場合(場所名:)

⑦【女性のみ】現在妊娠していますか？
いいえ・はい 「はい」の場合(妊娠 ヶ月、第 週)

⑧その他、医師に伝えたいことがあればご記入下さい。