



問診票

No. _____

体温 _____

フリガナ

お名前： _____ 性別： 男 女

〒 _____

ご住所： _____

電話番号： _____

生年月日： 明治 大正 昭和 平成 _____ 年 月 日

年齢： _____ 才

★今日はどうなさいましたか？

予防接種： 麻しん風しん・子宮頸がん・インフルエンザ・その他

いつから： _____

症 状： _____

★内服できない薬剤に○を付けてください ・粉・錠剤・カプセル

★アレルギーはありますか？

なし ・ あり： 花粉症 鼻炎 その他 ()

★現在、服用しているお薬はありますか？

なし ・ あり： ()

★今までにかかった大きな病気はありますか？

なし ・ あり： ()

★妊娠の可能性 なし ・ あり