

No. \_\_\_\_\_ 問診票 体温 \_\_\_\_\_

オナマエ: \_\_\_\_\_ 性別: 男 女

〒 \_\_\_\_\_

ご住所: \_\_\_\_\_

携帯番号: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

生年月日: 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

★紹介状持参・健診で指摘 (甲状腺・糖尿病・血压)

★本日の症状

いつから: \_\_\_\_\_

症 状: \_\_\_\_\_

★内服できない薬剤に○を付けて下さい・・・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 あり・なし ★授乳中ですか はい・いいえ