

問診

記入日 令和 年 月 日

名 前	ふりがな	生年月日		
		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住 所	〒			
連絡先	自宅	携帯		
	() -	-	-	
身長	cm	・ 体重	kg	血圧 / 脈拍
				℃

本日はどうなさいましたか？ _____

その症状はいつ頃からですか？ _____

現在飲んでいる薬はありますか？

なし ・ あり→どんなお薬ですか？（薬手帳持参時、コピーさせていただきます）

今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

なし ・ あり→薬品：_____ 食品：_____ その他：_____

タバコは吸いますか？ 吸わない・ 吸う→（ ）本/日 喫煙年数（ ）年

アルコールは飲みますか？ 飲まない・時々・毎日→種類（ ）量（ ）/日

ペースメーカーはつけていますか？ いいえ ・ はい

女性の方で妊娠の可能性のある方や授乳中の方はお知らせ下さい

妊娠の可能性 なし・ わからない ・ あり→現在妊娠中（ ）週

現在授乳中 いいえ ・ はい

他のかかりつけ医師より報告するように言われていることがあれば記入して下さい
