

# 問 診 表

No.

令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
住 所	〒
T E L	( )
携帯番号	( )
生 年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 才 ヶ月)
	※15歳未満の方は 体重を記入して下さい ( k g)
職 業	

1. どうしましたか？

2. それは、いつからですか？

3. 今までに 大きな病気、けが、手術をしたことがありますか？

ある ( 才の頃) ない

4. 今までに 薬によるアレルギーを起こしたことがありますか？

ある ない

5. 現在、服用している薬がありますか？ (お持ちの方はお薬手帳をお出してください)

ある ない

※ジェネリックを希望されますか？ ( はい いいえ )

6. 現在、他の病院に通院されていますか？

ある ない

7. 妊娠の可能性は ありますか？

ある ない

8. その他、心配なこと、聞きたいことがあったら ご記入下さい。