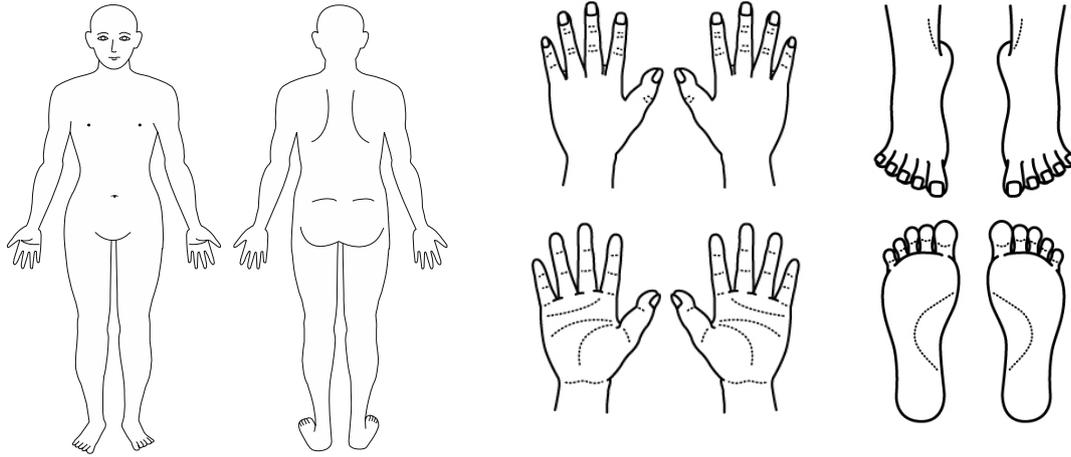


# 問診票

ふりがな		〒(      -      )		
氏名		住所		
		電話(      )	-	
生年月日		年齢	体重(お子様)	職業
M・T・S・H	年 月 日			

1. 調子が変わるところに印をつけてください。



2. いつ頃からこの症状がありますか？

(      日前、      週前、      ヶ月前、      年前) から

かゆい 痛い 痛くもかゆくもない その他(      )

3. なにか思い当たることはありますか？

[      ]

4. 持病はございますか？

(はい・いいえ)

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息 その他

(      )

5. 現在飲んでいる内服薬や健康食品、外用剤を教えてください。

[      ]

6. お薬のアレルギーはございますか？

(はい・いいえ)

(薬剤名      )

7. 妊娠していますか？

(はい・いいえ)

(現在      ヶ月です)

8. 授乳中ですか？

(はい・いいえ)

9. たばこは吸いますか？

(はい・いいえ)

10. アルコールは飲みますか？

(はい・いいえ)

11. 手術の経験はありますか？

(はい・いいえ)

1日      本      年間  
 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ml  
 \_\_\_\_\_ 歳頃      の手術

○診察時に特に聞きたいことを下にお書きください

[      ]