

## 問診票

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令
氏名		・ 女	・ 年齢	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -			
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -	

身長： cm 体重： kg 体温： 度 分

<p><b>今日はどうなさいましたか？(いつから、どのような症状がありますか？)</b></p> <p>いつから：</p> <p>どのような：</p> <p>その他：</p>
<p><b>現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 病名：</p>
<p><b>現在服用中のお薬はありますか？(お薬手帳があればお見せください。)</b></p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり お薬名：</p>
<p><b>お薬や食べ物のアレルギーはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり お薬名や食べ物名：</p>
<p><b>お酒は飲みますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む 日/週 種類・量：</p>
<p><b>タバコは吸いますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う 本/日 年間 <input type="checkbox"/>やめた( )年前に</p>
<p><b>*女性の方のみ</b></p> <p>妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )週目</p> <p>授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>

ご協力ありがとうございました。