

# 問診票

ふりがな  
お名前

年齢 歳

性別 男 ・ 女

明治・大正・昭和・平成 年 月 日生まれ

電話

自宅( ) ー

住所 <〒 ー >

携帯( ) ー

勤務先( ) ー

①いつから、からだのどこに、どのような症状がありますか？

②現在治療中の病気がありますか？ ( ある ・ なし )

※「ある」の方へ：病名をお書きください。かかりつけの病院もご記入ください。

③現在もしくは最近まで内服・外用していたお薬がありますか？ ( ある ・ なし )

※「ある」の方へ：くすりの名前や種類をお書きください。

お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にお願いしますので、空欄で結構です。

④飲み薬や注射などで副作用（発疹、吐き気、意識障害など）がでたことはありますか？  
( ある ・ なし )

※「ある」の方へ：薬の名前や種類、そのときの症状をお書きください。

⑤今までにかかったことがある、主な病気をご記入ください。

⑥車やバイクの運転、高所での作業、その他機械の作業/運転などをしますか？  
( する ・ しない )

⑧当院をお知りになられたきっかけをお聞かせください。

・紹介 ( ) ・広告/雑誌など ・ホームページなどインターネット  
・その他 ( )

\*\*\*\*\*女性の方へお尋ねします。\*\*\*\*\*

#現在妊娠していますか？ ( はい : 妊娠 月 ・ いいえ ・ わからない )

#授乳中ですか？ ( はい : 月 の乳児 ・ いいえ )