

問診票

ふりがな _____
お名前 _____ 男・女 _____
生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日
ご住所 〒 _____
電話番号 _____
会社名 _____ 電話番号 _____
連絡先 _____ お名前 _____ 続柄 _____

1 本日はどのようなことで来院されましたか？

2 今までに大きな病気・手術をされましたか？

なし

あり→高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風 心臓病 肝臓病 喘息

その他(_____)

手術を受けたことがあるかた→ 臓器名または病名 _____

輸血歴(+・-)

3 現在お飲みになっているお薬はありますか

なし

あり→(_____)

4 お薬のアレルギーはありますか？

なし

あり→ピリン剤・ペニシリン系薬剤

その他(_____)

5 ご要望があったらお書きください。

