問　診　票

NO.＿＿＿＿　　平成　　年　月　日

フリガナ 氏名		男 女	生 年 月 日	明 大 昭 平	年　月　日 才
現住所	〒				
電話	(　　)		職業		

（下記にあてはまる所に記入してください）

1.いつから、どのような症状がありますか。
①いつから：今日から、(　　)日前から、(　　)ヵ月前から
②症状　　：

2.現在、服用中の薬又は常用薬がありますか。
①ない
②ある(　　)

3.今までにかかった病気はありますか。
①ない
②ある　(1)高血圧　(2)ぜんそく　(3)心臓病　(4)肝臓病　(5)糖尿病
(6)その他(　　)

4.今までに薬を飲んで副作用が出たことがありますか。
①ない
②ある　(1)かぜ薬・ピリン等　(2)鎮痛剤　(3)抗生物質(ペニシリン等)　(4)食物
(5)その他(　　)

5.成人女性の方へ：現在妊娠されていますか　①いいえ　②はい
最後の生理はいつですか(　月　日)

6.その他、希望事項がありましたらお書き下さい。
(検査をしてほしい、点滴をして欲しい等)

(　　)

医療法人　池ノ上医院