

## 診療申込み・問診票

身長      cm      体重      kg  
ふりがな      性別 ( 男 ・ 女 )  
お名前(      )  
生年月日 (明治・大正・昭和・平成)      年      月      日  
郵便番号      —  
住所 (小野・加東・三木・加西) (      ) 市      町      番地  
電話番号 (      )      —

いつからどのような症状や異常がありますか？

現在、他に内服や注射の治療を受けていますか？

(はい ・ いいえ)

「はい」の場合、その内容を簡単にお願ひします

今までに大きな病気や手術等をしたことはありますか？

今までにかぜ薬 (消炎鎮痛剤) や抗生剤等の薬を飲んだり注射してブツブツが出たりショックになったりしたことはないですか？ある場合は何という薬ですか？

女性の方へおききします。

最も最近の月経 (生理) はいつから始まりましたか？ (      ) 月 (      ) 日頃

現在妊娠しているまたは妊娠の可能性はないですか？ (ある・ない)

嗜好品は？

タバコ (      ) 本/日 アルコール (      ) を一日 (      ) くらい