

## 問診票

年 月 日

ふりがな

お名前

住所

生年月日 (大・昭・平) 年 月 日 (才) 男・女

電話番号 (携帯)

- ① 今日はどうされましたか  
( )
- ② いつからですか?  
( )
- ③ どこが調子悪いですか?  
( )
- ④ 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか?  
(ある \_\_\_\_\_ ・ ない)
- ⑤ 今まで大きな病気にかかったり手術をうけたことはありますか  
( )
- ⑥ お食事のアレルギーはありますか? (あり、なし )  
(具体的に: \_\_\_\_\_ )
- ⑦ お薬でのアレルギーはありますか? (薬剤名: \_\_\_\_\_ )
- ⑧ 女性の方へおききします。現在妊娠中、もしくは授乳中ですか? またもし差支えなければ最終月経を教えてください。(はい いいえ \_\_\_\_\_ )
- ⑨ タバコは吸いますか?  
(はい 本/日 \_\_\_\_\_ 年間 \_\_\_\_\_ 、 いいえ)
- ⑩ お酒はのまれますか  
(はい 回数と量 \_\_\_\_\_ 、 いいえ)
- ⑪ 海外渡航歴があれば教えてください  
(ある いつですか? \_\_\_\_\_ 、 なし)

ありがとうございました。