

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____

性別(男 ・ 女)

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____ 連絡のつきやすい番号をご記入ください。

緊急連絡先 _____

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 歳

1、①現在の症状を具体的にご記入ください。

(_____)

②①症状は、他の病院での受診はされましたか？

はい・いいえ

「はい」の場合、どのような治療を受けておられましたか？

(_____)

2、現在、他の病気で治療は受けられていますか？

はい・いいえ

「はい」の場合、どのような治療を受けておられましたか？

病名(_____)治療(_____)

3、今まで大きな病気や手術をされたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の場合、どのような治療を受けておられましたか？

いつ頃(_____)病名(_____)

4、今まで輸血を受けたことがありますか？

はい・いいえ

5、今までに注射や薬でショックや「じんましん」等のアレルギーを起こしたことがありますか？

はい・いいえ

6、食物アレルギーはありますか？

はい・いいえ

7、今までにアルコール消毒綿や化粧品で赤くなったり、かぶれたりしたことがありますか？

はい・いいえ

8、ご家族(血縁者)の中で、アレルギーの方はいらっしゃいますか？

はい・いいえ

9、(女性の方のみご回答ください)現在妊娠されている可能性はありますか？

はい・いいえ

2枚目もご記入ください。→

