

問 診 票

令和 年 月 日

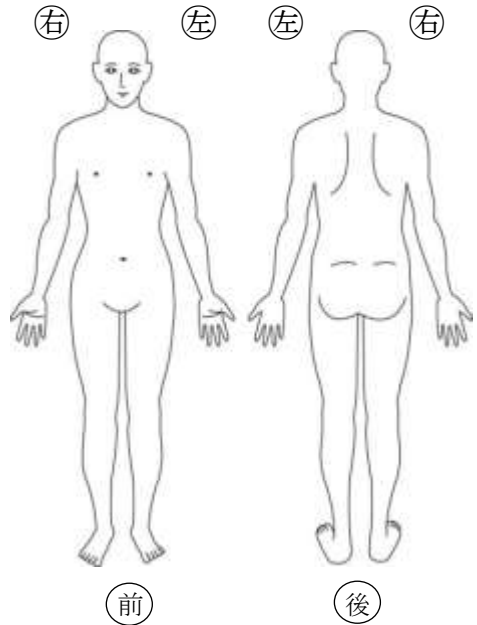
住 所	〒 _____		電 話	自宅 () 携帯 ()
フリガナ			男 ・ 女	● 下記いずれかに必ずチェックして下さい □健康保険 □労災 (工作中・通勤中) 職業
氏 名				
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	□自賠責(交通事故等) □自費	
※当クリニックを何で知りましたか？ 紹介・ホームページ・看板・知人・その他 ()				

● 女性の方 現在 妊娠中 または 可能性 はありますか？ はい・いいえ

現在 授乳中 ですか？ はい・いいえ

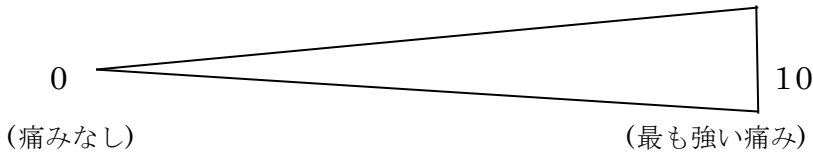
● どうしましたか？ ★ 詳しく記入して下さい

- ・ いつ…
- ・ どこで…
- ・ どこが…
- ・ どうしましたか…



※ 症状のある所に○をつけて下さい

・ 今の痛みの程度 (縦線 を引いて下さい)



・ ペースメーカーの使用はありますか？ はい・いいえ

・ 現在治療している病気はありますか？ はい・いいえ

★ はい → 高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・その他 _____

その他 手術歴など _____

・ 今飲んでいるお薬はありますか？ はい・いいえ ・ お薬手帳 あり・なし

〈お薬手帳またはお薬をお持ちの方は 診察室にて先生 にお出し下さい〉

・ お薬アレルギーはありますか？ はい・いいえ

・ 食物アレルギーはありますか？ はい・いいえ

● 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)