

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ	男	生 年 月 日
氏 名	殿 ・ 女	大正・昭和 平成・令和 年 月 日

現住所 _____

TEL (自宅) _____

TEL (携帯) _____

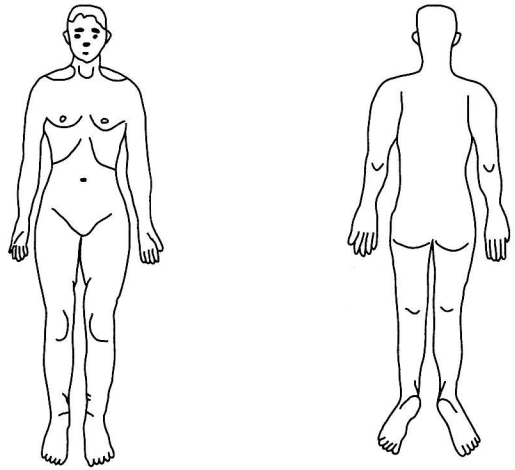
病気の診断に必要ですので下記についてわかる範囲でお答え下さい。

いつ頃から： 年 月 日 午前 午後 時頃

なるべく詳しくお願いします

部位：

原因：



経緯：

症状, 状態： 痛み・しびれ・熱感・冷感(冷え)・まひ
その他 ()

症状の程度： 弱い・強い

どんな時にひどくなりますか ()

以前にかかった病気： 喘息・胃潰瘍・糖尿病・高血圧・脳疾患・心疾患
高脂血症・肺炎・骨粗鬆症
その他 ()

現在治療中の病気： ()

現在服薬中の薬： なし・あり

お薬手帳： なし・あり

(薬局名： _____)

)お持ちの方は受付にお出し下さい

手術歴： なし・あり ()

輸血歴： なし・あり (年頃)

アレルギー： なし・あり (薬・注射)
(食べ物等)

副作用歴： なし・あり (薬・注射)

女性のみ現在妊娠の可能性： なし・あり (月) ・ 現在授乳： なし・あり

家族の病気歴： 脳梗塞・がん・心筋梗塞・糖尿病