

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ()才
お名前			
ふりがな			
〒	TEL自宅		
ご住所	携帯		
ご勤務先	TEL		

①薬や食べ物でアレルギー症状がでたことがありますか。	はい・いいえ・わからない そのお薬、食べ物の名前 ()
②注射や局所麻酔（歯の治療や傷の縫合などで） ショックをおこしたり、気分が悪くなった ことがありますか。	はい・いいえ・わからない
③現在医師の治療を受けたり、服用している お薬がありますか。 ※お薬手帳有ればご提示ください	はい・いいえ・わからない どんな病気・お薬ですか ()
④今までに大きな病気や手術をしたことが ありますか。	はい・いいえ・わからない はいの場合 ()
⑤女性のかた：現在妊娠・授乳をされていますか。	はい・いいえ・わからない () カ月)
⑥今日はどうされましたか？ 腰・肩・くび・ひざ・ひじ・手・足・指・手首・足首・背中・胸・頭・その他 () ⇒痛み・はれ・しびれ・打撲・ねんざ・切り傷・やけど・違和感・その他 () 交通事故・健康診断 腹痛・はき気・嘔吐・胸焼け・下痢・便秘・血便 検査希望（乳腺・胃・大腸） 肛門（痛み・はれ・脱出・出血） 泌尿器（痛み・残尿感・頻尿） 乳房（しこり・痛み・違和感） 皮膚（発疹、かゆみ、できもの） かぜ・熱・せき・のどの痛み 血圧・糖尿病・甲状腺・高脂血症 その他・ご希望など () ご記入ください	