

# 問診表

ふりがな

お名前

電話

( )

住所 〒

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日、 年齢 ( ) 才

円滑な診療のため、ご記入頂ける範囲でお願いいたします  
今日はどのような事で来院されましたか？

いつから、どのような症状がありましたか？

今までにかかった事のある病気、大きなけがはありますか？ (なし・あり)  
ある方は内容、大体の時期をおしえて書いて下さい。

食物のアレルギーがあれば書いて下さい (なし・あり)

副作用がでた事のある薬があれば書いて下さい (なし・あり)

喫煙をされますか (はい・いいえ)

才から

本/日、

年前に禁煙

定期的にアルコールは飲まれますか (はい・いいえ)

飲まれる場合、何を、どれくらい飲まれますか？

を (日、週、月) に

回くらい

その他、気になる事がありましたらお書き下さい

ご協力ありがとうございました