

# 問診票

フリガナ  
ご氏名：

大正・昭和・平成 年 月 日生まれ 歳（男・女）

妊娠中：あり・なし 授乳中：あり・なし

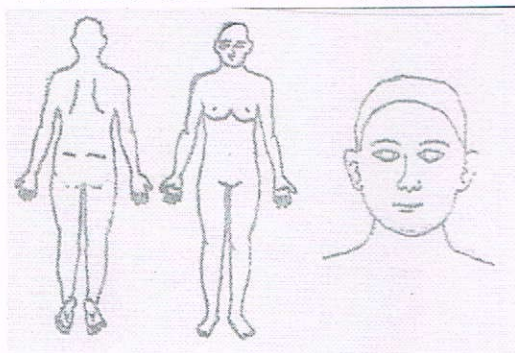
ご住所 〒

ご連絡先（自宅）（携帯）

1. アレルギーの有無

- ・ぜんそく：あり・なし ・アレルギー性鼻炎：あり・なし  
・アレルギーのあるお薬：あり・なし 薬剤名（ ）

2. 本日はどうなさいましたか。場所を図に○で示しその「症状」と「見た目」を簡単にお書きください。



例：かゆい、ぶつぶつ

※優先順位の高い順に2つ程度にまとめていただけると助かります。

3. ほかにお病気はありますか。

糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・前立腺肥大・緑内障

その他（大きな病気のみで良いです）：

4. 内服中の薬がありますか。

（風邪薬などは結構です）：

（飲んでいるお薬が多い方は記載せずお薬手帳を提出ください）