

問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 住所 _____

生年月日 大・昭・平・令 . . . 年齢 才 性別 男・女

電話番号 _____ 携帯番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 本日の受診理由について書いてください。

いつごろから、どのような症状がありますか？

.....

.....

② 今までに大きな病気、手術、ケガ等あれば書いてください。

.....

③ 現在、薬は服用していますか？ (はい・いいえ)

薬剤名 _____

④ アレルギーはありますか？

あり (花粉症・薬剤・食物・その他) なし

⑤ お酒は (飲む・飲まない) 1日 合⑥ タバコは (吸う・吸わない) 1日 本

⑦ 義歯(入れ歯) あり (上・下・部分) 義歯(入れ歯) なし

⑧ 女性の方のみ記入してください。

(1) 最終月経は (月 日) より () 日間

(2) 現在妊娠していますか？ (はい・いいえ・わからない)

(3) 授乳はされていますか？ (はい・いいえ)