

問 診 票

フリガナ	男・女	大正・昭和	年	月	日	(歳)
氏名	男・女	平成・令和					

郵便番号 〒

住所

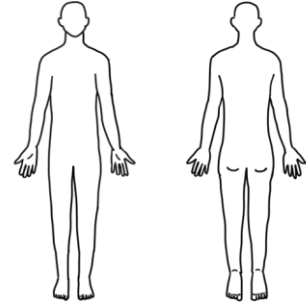
電話番号 自宅() ー 携帯() ー

(1) 本日はどのような症状ですか？

※痛い・痺れる・突っ張るなど症状がある人は人体図に○印などでご記入下さい。

いつ頃から

症状



(2) 今までに下記の病気をしたことがありますか？ある場合は○印で囲んでください。

心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳卒中 ・ 甲状腺 ・ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ てんかん
 肝臓病 ・ リウマチ ・ アレルギー ・ 緑内障 ・ その他()

(3) 現在、他院で処方された薬を内服していますか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えられた方は薬品名をご記入ください。 ※お薬手帳・薬剤情報提供書をお持ちの方は受付にご提示下さい。
 ()

(4) 薬または食物アレルギーはありますか？ ある ・ ない

「ある」と答えられた方は薬品名・食品名をご記入ください。
 ()

(5) 女性の方のみご回答ください

現在妊娠している可能性はありますか？ ある()カ月) ・ ない

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

(5) コロナワクチンを接種されましたか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えられた方は一番最近接種したワクチンの回数、接種日、種類をご記入ください
 ()回目 ・ 令和 年 月 日 ・ 種類()

～～ご協力いただき、ありがとうございます。もうしばらくお待ちください。～～