

※印刷なされなくても、お名前、郵便番号、住所、電話番号、  
症状などの簡単なメモをお持ちいただけると助かります

## 問 診 票

※ わかる範囲でご記入ください

日付 年 月 日

フリガナ			生年月日		
氏 名		男 女	昭和・平成・令和	年	月 日
住 所	〒				
自宅電話番号			本日の体温	°C	
携帯電話番号			体 重	kg	

♥ 本日はどうなさいましたか？

--

♥ いつ頃からですか？

--

♥ 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

なし

あり・・・それはどんな病気ですか

--

♥ 現在飲んでいるお薬はありますか？

なし

あり・・・お薬の名前がわかればお書きください

※お薬手帳をお見せいただいてもけっこうです。

--

♥ 今までに薬や食べ物などでアレルギー症状を起こしたことがありますか？

なし

あり・・・( 薬                      食べ物                      その他                      )

♥ 差し支えなければご職業をお書きください

--