問診表

年　月　日

ふりがな

お名前　　男性：女性

質問にお答えください。また、該当する項目に〇をつけてください。

①今日はどうされましたか。

②いつからその症状がありますか。

今日　　昨日　　（　　）日前　　いつも

③かかりつけ医はありますか。

いいえ　：　はい

④現在、おくすりを処方されていますか。

いいえ　：　はい

⑤タバコは吸われていますか。

いいえ　：　はい（一日　　本　　年間）

⑥これまでに、大きな病気をしたことがありますか。

いいえ　：　はい（病名　　）

⑦食べ物やくすりなどにアレルギーをおこしたことがありますか。

いいえ　：　はい

⑧女性の方へ妊娠中（妊娠の可能性）、または授乳中ですか。

いいえ　：　はい

⑨どのようにして、当院のことを知りましたか。