問　診　表

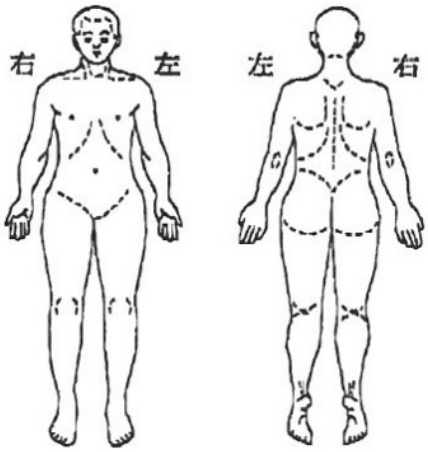
わかる範囲でお書きください。

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	明・大・昭・平成 年　月　日（　才）
住所	〒		
自宅電話	（　）		
緊急連絡先	（　）		

① いつ頃から、どのような症状でしたか

いつ頃から

どのような症状ですか



② その症状について他の医療機関に受診されましたか　・はい　・いいえ

③ 現在飲んでいるお薬はありますか（最近まで飲んでいたお薬はありますか）

・はい　・いいえ　『はい』の方は具体的にお薬の名前をお書きください

（　　）

④ 過去に大きな病気で入院や手術をしたことがありますか

・はい　・いいえ　『はい』の方は病名等をお書きください

（　　）

⑤ 食べ物でアレルギーはありますか

・はい　・いいえ　『はい』の方はその食べ物の種類をお書きください

（　　）

⑥ 今まで飲み薬や注射で、身体がかゆくなったり、湿疹が出たり、気分が悪くなった事がありますか　・はい　・いいえ　『はい』の方は具体的にお書きください

（　　）

⑦ お酒は飲まれますか　・はい　・いいえ

『はい』の方は　お酒　週　回　合

⑧ タバコは吸われますか　・はい　・いいえ

『はい』の方は　タバコ　１日　本　年間

⑨ 現在妊娠中またはその可能性がありますか（女性の方）　・はい　・いいえ

山王メディカルクリニック