

問 診 票

ご住所	〒 ー	TEL	携帯
			自宅
フリガナ	男・女	生年月日	T・S・H 年
お名前		月 日 (才)	

※どのような症状ですか？○をしてください。

(痛み しびれ 傷 腫れ やけど)

※それは、どこですか？

右の絵に○をしてください。

※いつからですか？

※どうしたのですか？

※今回の症状で、他の病院にかかられましたか？

(はい、いいえ)

↳ { どの病院ですか？()
薬はでていますか？○をしてください(のみ薬、湿布、ぬり薬、坐薬)

◎大きな病気はありますか？

(はい、いいえ)

↳ ()

◎現在のんでいる薬はありますか？

(はい、いいえ)

↳ ()

◎薬や注射のアレルギーはありますか？

(はい、いいえ)

↳ ()

◎いつも利用している調剤薬局はありますか？

(はい、いいえ)

↳ ()

◎妊娠中もしくは、妊娠の可能性はありますか？

(はい、いいえ)

◎授乳中ですか？

(はい、いいえ)

