

# 問 診 票

フリガナ  
お名前

大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)  
【 - 】

ご住所

お電話 ( ) -

携帯電話 ( )

●どこがお悪くて来られましたか。 お子様 体重 \_\_\_\_\_ kg

耳・・・

鼻・・・

のど・・・

その他

●お薬や食べ物で気分が悪くなったり、発疹やシヨック等を起こした事がありますか？

ない・ある

痛みどめ、熱さまし、抗生物質、ピリン剤

その他 ( )

●今までにかかった事のある病気に○印をつけて下さい。

高血圧、心臓病、糖尿病、胃・十二指腸潰瘍、前立腺肥大  
肝臓病(B・C)、湿疹(アトピー)、喘息、アレルギー疾患、痛風、緑内障、  
結核、熱性けいれん、てんかん、リウマチ、骨粗鬆症

その他 ( )

●現在、薬を飲んでいますか？

薬剤名

●妊娠 : いいえ・はい ( 月 ) わからない、授乳中

●お熱はありますか？ ない・ある ( °C)

●当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ、看板、タウンページ、知人の紹介、その他