

問 診 票

当院を受診されたことはありますか？ ある ない

ふりがな 大正 昭和 平成 令和
お名前 男 年 月 日
女

住所 〒 ー

電話 () ー 携帯電話 ー ー

ご紹介者 体重 (15歳以下の方) kg

飲む薬に ○、飲めない薬に × を 漢方薬 カプセル 錠剤 シロップ 粉薬

本日も見てほしいところはどこですか？
耳 鼻 のど その他 ()

いつから、どのような症状ですか？

今までにかかった病気、治療を受けている病気はありますか？
ない ある 高血圧 心疾患 糖尿病 緑内障 前立腺肥大
ぜんそく アトピー性皮膚炎 肝炎 (型)
その他 ()

他の病院でもらっているお薬はありますか？

ない ある

お薬で副作用が出たことはありますか？
ない ある (薬の名前・症状)

その他になにか話しておきたいことがあればお書きください。
()