問診票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 明治　昭和　大正　平成 | 年　　　月　　　日生(　　　　才) |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　- |
| 電話 | 自宅 |  | 携帯 | 　 |

代筆の場合は　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

身長　　　　　　　ｃｍ　　　　　体重　　　　　　　ｋｇ

♦漢方薬の使用につき（ 希望 ・ どちらでもよい ・ 希望しない ）

♦通院が必要な場合は、次回診察時　予約診療（　希望する・希望しない　）当院は予約優先制となります。

♦女性の方にお伺いいたします

妊娠について　　　　　妊娠中・妊娠していない・妊娠の可能性がある

授乳中ですか？　　　　いいえ・はい

♦今日は、どうなさいましたか？



（痛い・腫れている・かゆい・しびれている・ケガ）

♦原因が交通事故・仕事中のケガの場合のみ○をつけて下さい

交通事故　・　仕事中のケガ

♦薬・注射・食べ物によるアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

♦いままでに、大きな病気、入院、手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい

（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

♦現在、治療中の病気、かかったことのある病気はありますか？

いいえ ・ はい（糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・胃十二指腸かいよう・肝臓病・腎臓病・喘息・痛風）

（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

♦現在、飲んでいるお薬はありますか？

いいえ ・ はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

お薬手帳お持ちの方はご提示お願い致します

♦そのほか気になることや、ご希望はございますか？

（

ご協力ありがとうございました。　　　たなか整形漢方クリニック