

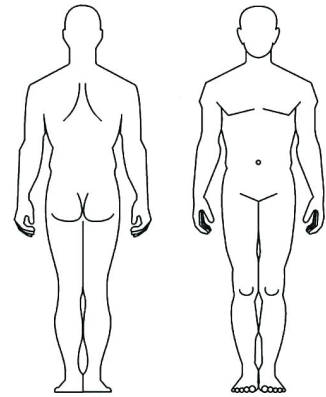
問 診 票

ふりがな				年齢	歳
氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
住所	〒				
電話番号	自宅 ()	携帯	()		
小児の方は体重もお書きください			kg		

- 本日はいかがなさいましたか？ (具体的にご記入をお願いします。)

身体図にチェックして下さい。

- ・ いつから
- ・ 部位 (どこが)
- ・ どうなったか？



- 他院で治療経験があるかたはお書き下さい。塗り薬や飲み薬も教えて下さい。

- アレルギーはありますか？ ⇒ はい ・ いいえ

アトピー性皮膚炎 () じんましん () ぜんそく () 花粉症 ()
 アレルギー性鼻炎 () アレルギー性結膜炎 () 局所麻酔アレルギー ()
 薬のアレルギー ()
 食物アレルギー ()
 その他のアレルギー ()

- 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ ⇒ はい ・ いいえ

糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 結核
 血が止まりにくい 緑内障
 その他 ()

- 服薬中の場合にはお書きになるか、お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

- 女性で妊娠中または授乳中の方は○をつけて下さい。

妊娠している ()ヶ月。 妊娠の可能性がある。 授乳中

- 漢方治療をお望みですか？ はい いいえ