

問診票

記入日: 年 月 日

フリガナ		診察券No.	(受診歴のある方)
氏名		性別/年齢	男 ・ 女 歳
		血液型	
生年月日	年 月 日	体重	kg
住所	〒		
電話番号			

病名() 年齢(歳頃～) 病院名()

薬を飲んで体調が悪くなることはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

アレルギー(食べ物・花粉等)はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

過去1ヶ月の間に海外へ行きましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

どの国・地域ですか？

- ※他院から処方されているお薬の種類・量・飲み方や定期健診・高齢者健診の結果を取得します。