

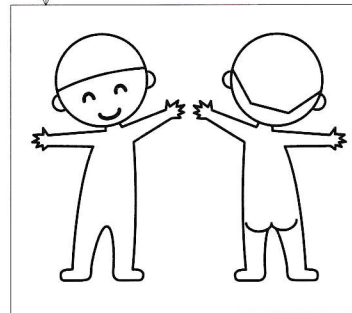
問 診 表

年 月 日

フリガナ			
患者名	年 月 日生(才)	記入者名	続柄 (才)
現住所	〒 - TEL - -		

1. いつから・どこに・どの様な症状がありますか？ (図をお使い下さい)

いつから ()
 どこに ()
 どの様な症状がありますか ()



2. この症状の原因に思い当たることはありますか？

()

3. 現在治療中の病気、これまでにかった病気はありますか？

ある ない

病名 ()

病院名 ()

4. 現在入院中ですか？ はい いいえ

5. 現在飲んでいる薬はありますか？

飲んでいる ない

〔本日お薬手帳 有
 無 何の薬かわかったらおしえてください

()

6. 注射や内服薬で気分が悪くなったり、薬まけ(アレルギー症状)をおこしたことがありますか？ (鎮痛剤・かぜ薬・熱さまし・抗生物質など)

ある ない

7. 家族(親子・きょうだい等)で薬によるアレルギー症状がでた人がいますか？

いる いない わからない

8. 女性の方だけにおたずねします。

現在、妊娠中ですか？ ()カ月 ない

授乳中ですか？ はい いいえ