

問診表

月日：平成 年 月 日

氏名： _____ (男 ・ 女)

○いつ頃から、どのように具合が悪くて、相談に来られましたか。

○他の病院にかかれて、定期的に内服治療を受けていますか。(はい ・ いいえ)

※はいと答えられた方は、どこの病院で、どんなお薬を服用されているか、内容をご記入ください。お薬手帳をお持ちの方でコピーをしてもよろしければお渡してください。

○他の病気で治療を受けたり手術をうけたことはありますか。(はい ・ いいえ)

※はいと答えられた方は、その内容を教えてください。

○食品、薬などでアレルギー症状(じんま疹ができるなど)を起こしたことがありますか。

(はい ・ いいえ)

※はいと答えられた方は、その内容を教えてください。

○ 酒： 飲まない ・ 飲む(/日)

○ タバコ： 吸わない ・ 吸う(本/日)

○ご家族のことを教えてください。

※どなたと一緒に住まいですか？