

____年 ____月 ____日

ふりがな

氏名 (name) _____ 性別 (sex) 男 女

生年月日 (birthday) 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 (age) 歳

自宅住所 (address)

〒

_____ tel () _____

職業 _____

勤務先 _____ tel () _____

緊急連絡先 _____ tel () _____

紹介者 _____

問診表

いつから (How long have you been sick?)

どのような症状ですか? (What is your tourable)

現在、何かの病気をおもちですか?

はい・ いいえ

病名 ()

今までに大きな病気や手術をされたことは、ありますか?

はい・ いいえ

病名 ()

現在、心疾患、緑内障、前立腺肥大症はありますか?

はい・ いいえ

現在、内服中の薬はありますか?

はい・ いいえ

薬剤名 ()

喘息、花粉症、アトピーなどのアレルギー疾患はありますか?

はい・ いいえ

病名 ()

薬や食品のアレルギーはありますか?

はい・ いいえ

薬剤、食品名 ()

歯科等で局所麻酔を使い、体に合わなかったことはありますか?

はい・ いいえ

お酒は飲みますか?

はい・ いいえ

何を () どれくらい (ml/日)

たばこは吸いますか?

はい・ いいえ

(過去に吸っていた場合も期間と本数を記載) どれくらい (本/日 年間)

最終生理は、いつからですか?

月 日から

妊娠の可能性はありますか?

はい・ いいえ

血縁の方で、高血圧、糖尿病、喘息、癌の方はおられますか?

はい・ いいえ

その他気になることがあれば、お書きください