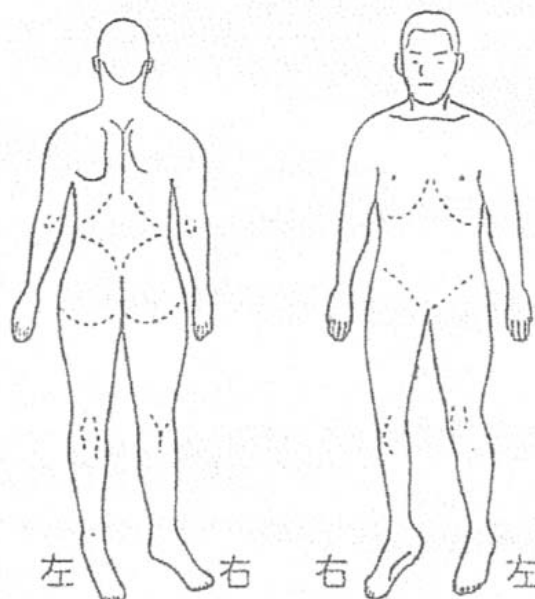


問 診 票

フリガナ 氏 名		(男・女)	明 昭 大 平	年 月 日	才
住 所	〒 —				
電 話	— —	職 業			

1. 本日はどうされましたか？具体的にお書きください。



※痛みや傷の場所に右図中に○印をしてください。

2. 症状はいつ頃から始まりましたか？

急に (時間前から)

/ (日前から)

3. 薬や注射でじんましんやショックなどが起こったことはありませんか？

ない ある (かぜ薬 ・ ペニシリン系 ・ その他 ())

4. 今までに手術をしたことはありますか？

ない ある ())

5. 今までに大きな病気にかかったことはありませんか？

ない

ある ⇒ 胃潰瘍 ・ 肝臓病 ・ 胆のう病 ・ 膵炎 ・ 肺結核
肺炎 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病
貧血 ・ 婦人病 ・ 盲腸 ・ 外科疾患 ・ その他 ())

6. 女性の方に限り、お答えください。(薬の処方、レントゲンの撮影に必要です)

現在妊娠中の可能性がありますか？

ない ある

最終生理日をご記入ください。

(月 日より 日間)

現在授乳中ですか？

はい いいえ

7. なにをみて来院されましたか？

駅の看板 (地下鉄 ・ 京阪 ・ バス) インターネット

その他 ())