

# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

本日の体温 \_\_\_\_\_ °C

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

ご住所 〒 - - 電話番号( - - )

---

※本日はどうされましたか？(いつから・症状・発熱の有無など)

---

※お薬や食べ物でアレルギーはありますか？(あり・なし)  
ありの場合は何のアレルギーなのか下記にご記入ください。

---

※既往歴はありますか？

---

※現在服用中のお薬はありますか？(あり・なし)  
ありの場合お薬手帳はありますか？(あり・なし)

---

※女性の方へ  
現在妊娠中または授乳中ですか？(はい・いいえ)

※健康保険証のコピーをとらせていただいてもよろしいですか？(はい・いいえ)