

問 診 票

みなさんの体質と病気については、いろいろなちがいがありますので、その事情を詳しく知らないとただしい治療をおこなうことができません。また、今後もいつか病気になったとき、このカードに書いてあることが、どのくらい参考になるかしれません。どうぞ、お気軽に記入してください。

※太枠内のみ記入してください。

ふりがな				住所		
受診者名						
年令	才	性別	男 女	電話		携帯

1. おおきな病気にかかったり、手術をうけたりしたことがありますか。	ある ない
2. 注射をして気分がわるくなったり、薬をのんで発疹がでたことがありますか。	ある ない
3. アレルギー体質といわれたり、喘息をおこしたり、ものにかぶれたり、「じんましん」がでたり、たべものによって腹痛、下痢をおこしたことがありますか。	ある ない
4. 妊娠していますか、あるいは妊娠の疑いがありますか。	ある ない
5. 家族でアレルギー体質のかたや、おおきな病気をされたかたがありますか。	ある ない
6. けいれんをおこしやすい体質ですか。	ある ない
7. 1ヶ月以内に予防注射をうけたことがありますか。	ある ない

記入年月日	年 月 日
記入者	

医師記入欄	
既往疾患 手術名	
注射 内服 外用	
病名 原因物質	
妊娠 カ月 (週) 妊娠の可能性 最近の流産の年月日	
本人との続柄 病名	
種類	

※その他異常なことがあったかたは、かならず医師に申しでてください。