

# 問 診 票

平成 年 月 日

↓ふりがなを必ずご記入下さい

ふりがな		生年	M・T		年		日(才ヶ月)	性別
氏名		月日	S・H					男・女
住所						TEL		

※ 次のどちらかに○印をして下さい。

- しっしん、じんましんがしやすい体質ですか。      は   い                      い   い   え
- ぜんそくといわれた事がありますか。                      あ   る                      な   い
- これまで医師から特別な体質といわれた事がありますか。  
あ   る                      な   い
- くすりをのんだり注射をして副作用が起きた事がありますか。  
あ   る                      な   い

薬品名：	
------	--

- 治療中に気分が悪くなった事がありますか。                      あ   る                      な   い
- 現在ほかにのんでいるくすりがありますか。                      あ   る                      な   い
- 重い病気や手術をしたことがありますか。                      あ   る                      な   い

※ 女性の方は下記項目についてもおこたえ下さい。

- 結婚していますか。                      は   い                      い   い   え
- 妊娠していますか。                      は   い                      わ   か   ら   な   い                      い   い   え
- 授乳中ですか。                      は   い                      い   い   え