

# 問診表

記年月入日 年月日

ふりがな

男

氏名

女

住所

生年月日 年 月 日 才

どうされましたか？

カルテNo.

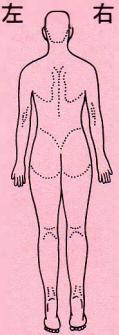
Tel

携帯

職業

その箇所に丸印をしてください

右 左 左 右



1. 当院にははじめて前に来たことがある（前）  
当院をどのようにして知りましたか。ホームページ 看板 紹介（）
2. 薬・注射・麻酔・食べ物にアレルギーはありますか。ない・ある  
・ピリン系に過敏・歯科麻酔に過敏・ペニシリン系に過敏・ヨード系に過敏  
・その他（）
3. 現在、治療中の病気または過去にした病気・手術があれば○をつけて下さい。ない・ある  
①高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・肺疾患・喘息・リウマチ・結核  
その他（）
- ②過去にした手術  
心臓ペースメーカー・ステント・脳クリップ  
その他（）
4. 服用している薬はありますか。ない・ある  
お薬手帳があれば、必ず問診表と一緒にご提出下さい。  
お薬手帳がない方へ それは何の薬ですか。（）
5. その他に注意してもらいたいことがありますか。  
ない・ある（具体的に）

女性の方へ

6. 現在妊娠をしていますか。はい・いいえ
7. 現在授乳中ですか。はい・いいえ