

問 診 票

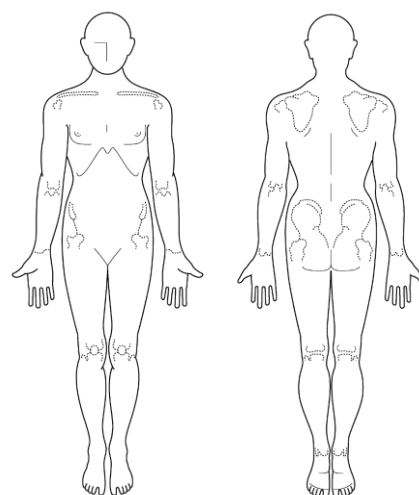
さいかいクリニック

ふりがな		男	大正	昭和	平成
名 前		女	年	月	日 (歳)
住 所					
自宅電話		携帯電話			
緊急連絡先	名前： 続柄 ()				
	電話番号： ()				

(1) 症状のある部位に○印で囲んで下さい。
※右横の人体イラストに記入して下さい。

(2) どのような症状がありますか？

()



(3) いつからですか？

()

(4) 今までにかかった病気、受けた手術、
または治療中の病気はありますか？

高血圧 糖尿病 狭心症 心筋梗塞 脳出血
脳梗塞 アレルギー疾患 花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎

※上記に該当する場合は○印で囲んで下さい。

()

(5) 現在、飲んでいる薬やサプリメントはありますか？ ある ない

(6) お薬手帳はお持ちですか？ 持っている 持っていない

(7) 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ ある ない
(それは何ですか？)

(8) 【女性の方のみ】 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい いいえ