

【問 診 票】

氏名 _____ 様

1. 今日はどのような症状ですか？

2. 症状はいつ頃からですか？

3. 現在、治療中の病気はありますか？

1. ない 2. ある (病名 _____)

4. 現在、何かお薬を飲んでいますか？

1. 飲んでいない 2. 飲んでいる

お薬手帳などお持ちの場合は、問診票と一緒にお願いします。

5. 今までに大きな病気はありますか？ (入院・手術)

1. ない 2. ある (病名 _____) (手術 ある ・ ない)

6. 今までお薬や食べ物でアレルギーはありますか？

1. ない 2. ある (_____)

7. 喫煙について

1. タバコは吸わない 2. タバコを吸う (1日 本 年間)

8. 飲酒について

1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない (飲めない)

9. 現在、妊娠の可能性はありますか？

1. いいえ 2. はい

最終生理の始まった日 平成 年 月 日