

問診票

年

月

日現在

お名前	(年齢 歳)		
住所	〒		
電話番号			
お仕事			
今、一番つらい症状は何ですか？			
いつ頃からですか？			
病院で診察を受けましたか？	はい	・	いいえ
どこかで治療を受けましたか？	はい	・	いいえ
現在、他の症状で治療を受けられていますか？	はい	・	いいえ
現在、服用しているお薬はありますか？	はい	・	いいえ
これまでに大きな病気・怪我をしたことがありますか？	はい	・	いいえ
普段、アルコールは、飲みますか？	はい	・	いいえ
タバコは吸いますか？	はい	・	いいえ
アレルギーはありますか？	はい ・ いいえ	「はい」と答えた方 食物・薬剤・金属・アトピー性皮膚炎・花粉症・その他	
妊娠の可能性はありますか？	はい	・	いいえ