

# 初診時 問診票

ふりがな	男	生年月日
氏名	▪	明 大 昭 平      年    月    日 (    才 )
	女	職 業
住 所   〒		電話 (      )      -
		携 帯                      -      -
自宅以外の緊急連絡先 (                      )    同居人 (あり・なし)    ある場合は続柄 (      )		

- (1) 今日はどこが悪くて来院されましたか？
  
- (2) これまでにかかった病気やうけた手術があれば記入して下さい。( 有 ・ 無 )
  
- (3) 今、飲んでいる薬があれば記入して下さい。( 有 ・ 無 )
  
- (4) 薬によるアレルギー(蕁麻疹・ショック)はありますか？( 有 ・ 無 )
  
- (5) けいれんを起こしたことがありますか？( 有 ・ 無 )
  
- (6) (女性の方のみ)妊娠中または妊娠の可能性はありますか？( 有 ・ 無 )