

問 診 票

フリガナ

お名前 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____年____月____日 年齢 _____歳

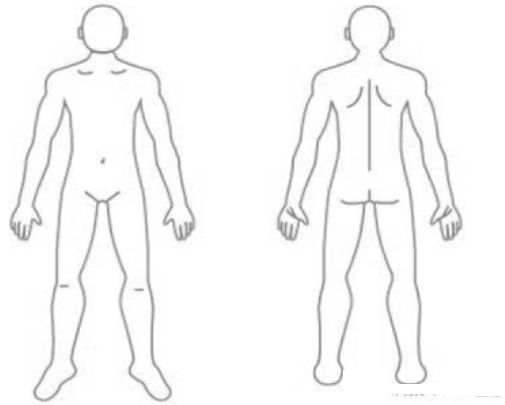
ご住所 〒 _____

電話番号 _____

いつからですか _____日前 _____週間前 _____ヶ月前 その他_____

症状をご記入ください

部位 下図に○を付けてください



今回の症状について

現在治療中ですか いいえ ・ はい ()

治療した事がありますか いいえ ・ はい ()

他に病気がありますか

いいえ ・ はい (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓疾患 その他)

治療の内容

アレルギーがありますか

いいえ ・ はい (薬 食物 その他)

女性の方にお聞きします

現在、いずれかに該当されますか 妊娠中 ・ 授乳中 ・ いいえ