

問診票

(わかる範囲でお答えください)

ふりがな

お名前

性別 (男 ・ 女 年齢 () 歳

●今日は、どうなさいましたか。

●お薬やお注射、食品などでアレルギー反応を起こしたことがありますか。 (ある ・ ない)

・上記で(ある)と答えた方は、いつ、何でどのような症状がでましたか。

いつ頃:

何で:

症状は:

●今までに、かかった病気(入院、手術)などあればお答え下さい。 (ある ・ ない)

・上記で(ある)と答えた方は、具体的にお答え下さい。

●現在、他の医療機関にかかられていますか。 (いる ・ いない)

・上記で(いる)と答えた方はお答え下さい。

○現在、お飲みになっているお薬が、ありましたらお答え下さい。

薬の名前: (ない)

●女性の方へ

・現在妊娠されていますか。 (はい ・ いいえ)

・(はい)の方はお答え下さい。

出産予定日はいつ頃ですか。 (年 月頃)

・妊娠の可能性はありますか。 (ある ・ ない)

●今回の来院に際して、特にご要望があればお申し出ください。

個人情報の取り扱いについては適切な管理を行っております。
ご協力ありがとうございました。

〒634-0845
住所 奈良県橿原市中曾司町175
医療法人 吉川医院
TEL 0744-22-0174