～問診表～

年　月　日

フリガナ		性別	生年月日	体重
患者さまお名前		男・女	年 月　日	kg
代理人様お名前	様　続柄（　　）			
ご住所	（〒　－　）			
ご連絡の取れる連絡先（　　）－（　　）－（　　）				

①お薬が体に合わなかったことがありますか？

□いいえ　□はい→　合わなかったお薬の名前と症状

（　　）

②ほかに使っているお薬はありますか？（よく使う市販薬、健康食品を含む）

□いいえ　□はい→　（　　）

③今まで下記のような病気になった、または現在治療中のものはありますか？

□いいえ　□はい→　□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□糖尿病　□喘息　□皮膚病

□胃腸病　□てんかん　□緑内障　□白内障　□鼻炎・花粉症

□手術歴（　　）　□その他（　　）