問診票

① 本日はどのような理由で来院されましたか？

② その症状はいつ頃からですか？

③今回の症状で今までに治療を受けられましたか？

「はい」の方はいつ頃、どちらの医療機関に受診しましたか？

□いいえ　□はい（いつ頃：　　医療機関名：　　）

④現在、治療中の病気はありますか？

□いいえ　□はい（病名・治療の内容　　）

⑤現在、服用中・外用中の薬（市販薬も含む）はありますか？

□いいえ　□はい（薬品名：　　）

⑥今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

□いいえ□はい（病名：　　）

⑦女性の方へ：現在、妊娠中・妊娠の可能性がある・授乳中ですか？

□いいえ　□はい

＊ご協力ありがとうございました。