

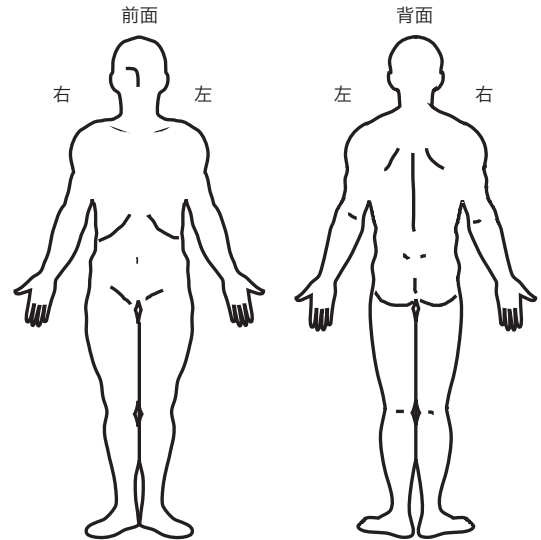
# 事前問診書

事前にプリントしてご記入いただいてから来院していただくと便利です。

フリガナ		生年	大正 昭和 平成	年	住所	
お名前		月日	月	日		
ご連絡先 電話番号	自宅	勤務先・学校 電話番号		勤務先・学校名		
	携帯					

◆症状をお知らせください。

診察希望箇所に印を付けてください。



◆いつ頃からですか？

---

◆症状・お怪我はどのような状況で起きましたか？

---



---

◆過去にぜんそくの症状はありますか？

- ・ある                      ・ない

◆今までに次の疾患や大きな病気で治療を受けたことがありますか？

心疾患・糖尿病・高血圧・受けたことがない・その他 ( )

◆今までに手術を受けた事がありますか？整形外科以外もお書き下さい。

- ・ある ( )                      ・ない

◆現在服用中のお薬はありますか？

- ・薬品又は病名 ( )                      ・飲んでいない

◆注射、お薬でアレルギー等が起きたことはありますか？

- ・ある ( )                      ・ない

◇女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠中（妊娠の可能性が有る）、または授乳中ですか？

- ・はい                      ・いいえ

◆ご来院のきっかけをお選び下さい。

家が近所・会社、学校の近所・知人の紹介 ( )  
他医の紹介・専門医だから・インターネット・その他 ( )

◇交通事故にて受診される方にお尋ねします。

警察提出用の診断書は必要ですか？

- ・要                      ・不要

◆その他、何かありましたらご記入下さい。