**問　診　票**　　　　　令和　　　年　　 月　 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　 | 電　話 | 自宅　　 　（　　　　）携帯　　　 （　 　　 ） |
| フリガナ |  | 男**・**女 | ●下記いずれかに必ずチェックして下さい□健康保険　　□労災（ 仕事中・通勤中 ）　　　　　　　職業　　　　　　　　　　　□自賠責(交通事故等)　　□自費 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　 年　　　月　　　日 |
| ※当クリニックを何で知りましたか？　紹介・ホームページ・看板・知人・その他（　　　　　　　 　　　） |

●女性の方　現在**妊娠中**または可能性はありますか？　**はい・いいえ**

　　　　　　現在**授乳中**ですか？　　　　　　　　　　**はい・いいえ**

●どうしましたか？　★詳しく記入して下さい　　㊨　　 ㊧ ㊧　　　㊨

※ 症状のある所に○をつけて下さい

　・いつ･･･

　・どこで･･･

　・どこが･･･

　・どうしましたか･･･

・今の痛みの程度（縦線を引いて下さい）

　0　　　　　　　　　　　　　　　　　　 10

(痛みなし)　　　　　　　　　　　　　　　(最も強い痛み)　　 　前　　　　　　後

・ペースメーカーの使用はありますか？　はい・いいえ

・現在治療している病気はありますか？　はい・いいえ

　★はい→高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・その他

 その他 手術歴など

　・今飲んでいるお薬はありますか？ はい・いいえ　・お薬手帳　あり・なし

　〈お薬手帳またはお薬をお持ちの方は 診察室にて先生 にお出し下さい〉

　・お薬アレルギーはありますか？　　はい・いいえ

　・食物アレルギーはありますか？　　はい・いいえ

　●身長（　 　　　cm）　体重（　 　　　kg）