

予 診 票

令和 年 月 日

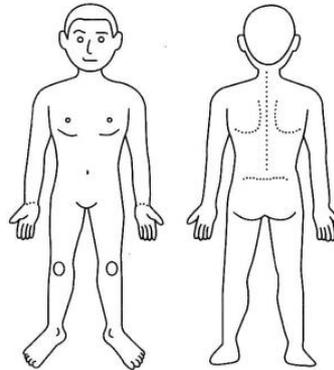
フリガナ		男	生 年	大正	年	月	日	歳
氏 名		女	月 日	昭和	年	月	日	歳
				平成				
				令和				
現 住 所	〒							
電 話				緊 急 連 絡 先				
身 長	cm	体 重	kg	体 温	℃			

(1) 症状を詳しくご記入ください。

症状のある部位に○印を付けてください。

・いつごろからですか

・どんな症状ですか



(2) 今までにかかった病気はありますか。手術を受けたことはありますか。

<input type="checkbox"/> はい	高血圧 肝臓病 その他 () 手術歴 ()	糖尿病 脳卒中	心臓病 喘息	胃・十二指腸潰瘍 緑内障	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	----------------------------------	------------	-----------	-----------------	------------------------------

(3) 現在、通院治療中の病気で飲んでいる薬はありますか。市販薬で飲んでいるものがありますか。

<input type="checkbox"/> はい	病名 () 通院中の医院 () 使用している薬剤 ()	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	市販薬 () 胃腸薬 ビタミン剤 鎮痛剤 風邪薬 健康食品 その他 ()	<input type="checkbox"/> いいえ

(4) アレルギーを言われたことはありますか。

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 食物によるアレルギー 牛乳 卵 その他 ()	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 薬によるアレルギー 抗生剤 () 痛み止め () その他 ()	
	<input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 アトピー性皮膚炎 花粉症 その他 ()	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

(5) 日常生活について

タバコ () 本/日 アルコール () 杯/日

(6) 女性の方のみご記入ください。

妊娠中 妊娠可能性あり 授乳中 該当なし

(7) ジェネリック医薬品をご希望なさいますか。

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------