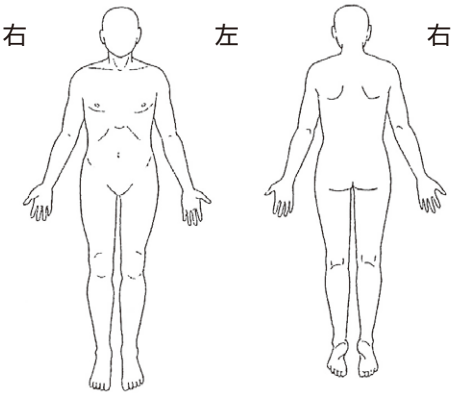
ご記入日　　月　　日

問診票

医療法人 嶋本医院

フリガナ		性　別	生年月日
お 名 前	（旧姓：　　）	□ 男性 □ 女性	□ 明治　□ 大正　□ 昭和 □ 平成　□ 令和　□ 西暦 年　月　日
ご 住 所	〒□□□-□□□□ 都道府県　市区郡 町村	自宅電話	ー　ー
		携帯電話	ー　ー
		体　重	.　kg

該当する項目に☑チェック を付けてお答えください

	希望診療科	□ 皮ふ科　□ ひ尿器科　□ 外科
今日は どうされましたか？	症状を ご記入ください	
	症状の ある部分を○で 表示してください	右　左　右 
現在治療中の病気または過去に治療を受けた病気がありますか？	□ ない □ ある	※「ある」とお答えの方 □ 脳疾患　□ 心臓病　□ 肝臓病　□ 腎臓病 □ 喘息　□ 糖尿病　□ 高血圧　□ 緑内障 □ その他（　　）
飲んでいるお薬がありますか？	□ ない □ ある	※「ある」とお答えの方、おくすり手帳で参照できます 薬品名 おくすり手帳は「**診察室**」でお渡しください
お薬でアレルギーがでたことがありますか？	□ ない □ ある	※「ある」とお答えの方 薬品名
女性の方へ	□ 妊娠中（　　ヵ月）　□ 妊娠の可能性あり　□ 授乳中（　　ヵ月）	