問診表　下記のご記入をお願いいたします。　　年　　月　　日

（フリガナ）

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

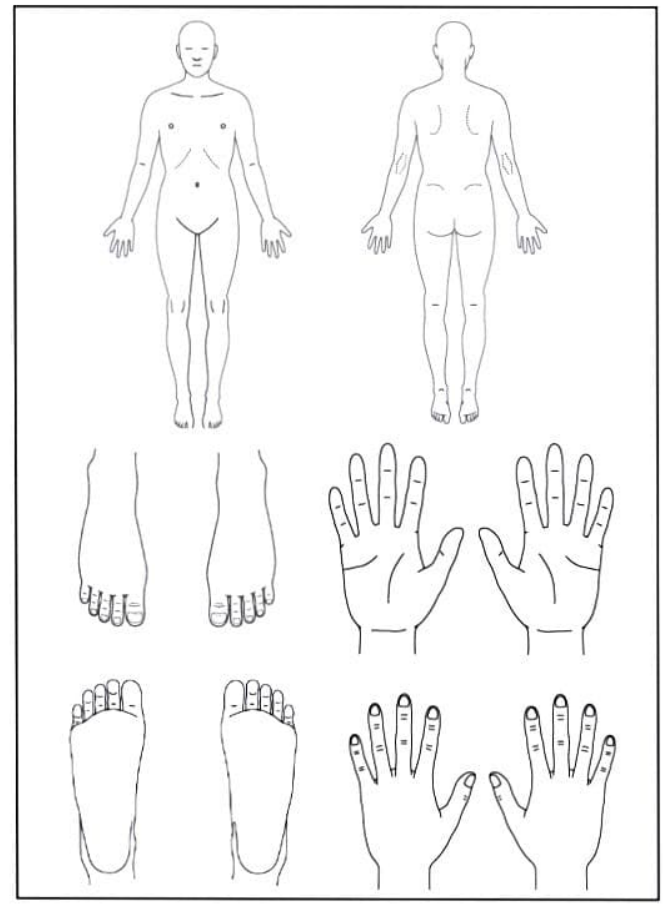
性別 男・女　　生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日

マイナンバーカードでの情報取得に同意しますか？　　はい　　いいえ

職業（　　）　　スポーツ（　　）

今回はどのような症状で受診されましたか？なるべく詳しくお書きください。

症状の部位に〇をつけてください



現在治療中の病気はありますか？

☐ いいえ

☐ はい → ☐高血圧　☐糖尿病 ☐心臓病 ☐脳梗塞

☐胃潰瘍　☐ぜんそく ☐腎臓病

☐その他　（　　）

いままでに病気やけがで手術を受けたことはありますか？

☐ いいえ　☐ はい いつ（　　）

手術名（　　）

現在お薬を飲んでいますか？

☐ いいえ　☐ はい

服用中のお薬（　　）

お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

アレルギーはありますか？

☐ いいえ　☐ はい

何のアレルギーですか？ →（　　）

（女性）現在妊娠していますか？ ☐ はい ☐ いいえ

現在授乳中ですか？　☐ はい ☐ いいえ