問診表　　記入日　　年　　月　　日

フリガナ	
氏名	
電話番号	自宅
	携帯
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
年齢	歳
性別	男　・　女
住所	〒(　　－　　)
身長	cm
体重	kg(13歳以上の方はご記入お願いします)

・どうしましたか？ (いつから・どのような症状か)

(　　)

定期的に服用している薬はありますか？

ない ・ ある (薬品名　　)

・病気やけがで7日以上の入院・通院 又は手術(日帰り含む)をしたことがありますか？

ない ・ ある

・今までに薬によるアレルギーはありましたか？

ない ・ ある (薬品名　　)