

I D	
-----	--

問診表

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 T.S.H 年 月 日	
ふりがな 現住所	
自宅 T E L () 携帯	

勤務先会社名
勤務先住所
勤務先 T E L ()

★ いつからどんな症状がありますか？

質問	答え	例①	例②
いつから		昨日	半年前から
どこが		右足を	腰が
どうした		打撲した	痛い

★ 現在、内服している薬はありますか。あれば分かる範囲で教えてください。
 なし あり ()

★ 当てはまるものがありましたらチェックを入れてください。
 ぜんそく 胃潰瘍 高血圧 糖尿病 妊娠
 注射で気分が悪くなったことがある ペースメーカー
 アレルギー

★ その他なにかありましたらお伝えください。