

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ	男 ・ 女	体重： _____ Kg
氏 名	生年月日 T・S・H 年 月 日	体温： _____ ℃
〒 -		
住所		
電話番号 ()	携帯番号 ()	

1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

--

2) 現在病院にかかっていますか？

かかっていない かかっている (病院名 _____)

3) お薬手帳はありますか？

ある ※受付にお出してください ない

4) 現在、服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳がない方は下にご記入ください。)

--

5) いままでに漢方薬を飲んだことがありますか？

ない ある (薬の番号または名前: _____)

6) ご家族の方で病気の方がいらっしゃいますか？

いない いる (続柄: _____ 病名: _____)

7) 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 緑内障 アトピー その他 (_____)

手術名:

歳頃

病院名:

8) アレルギーはありますか？ ある ない

お薬 (_____) 食べ物 (_____) 消毒薬 (_____)
その他 (_____)

9) 現在妊娠していますか？ (女性の方のみ)

いいえ はい (_____ 週) 妊娠の可能性あり 授乳中

10) 当院をお知りになったきっかけはなんですか？

知人の紹介 (_____) ホームページ 通りがかり チラシ

あらたま漢方診療所では病状と経過の把握のために舌や湿疹の状態などの写真を撮らせていただくことがあります。個人情報保護に十分配慮して運用していきます。写真撮影に同意されない方は写真撮影に同意しないにチェックをお願いします。
 写真撮影に同意しない

また診察記録は患者様の個人情報を削除した上で漢方医学の発展のために使わせていただくことがあります。同意されない方は同意しないにチェックをお願いします。
 同意しない