

# 問 診 票

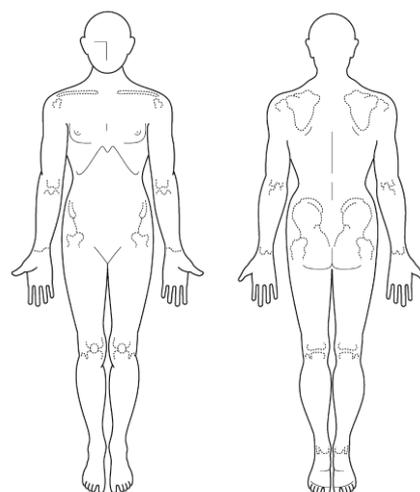
さいかいクリニック

ふりがな		男 女	大正	昭和	平成	
名 前			年	月	日	( 歳)
住 所						
自宅電話		携帯電話				
緊急連絡先	名前：		続柄 ( )			
	電話番号：		( )			

(1) 症状のある部位に○印で囲んで下さい。  
※右横の人体イラストに記入して下さい。

(2) どのような症状がありますか？

( )



(3) いつからですか？

( )

(4) 今までにかかった病気、受けた手術、  
または治療中の病気はありますか？

高血圧 糖尿病 狭心症 心筋梗塞 脳出血  
脳梗塞 アレルギー疾患 花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎

※上記に該当する場合は○印で囲んで下さい。

( )

(5) 現在、飲んでいる薬やサプリメントはありますか？      ある      ない

(6) お薬手帳はお持ちですか？      持っている      持っていない

(7) 薬や食べ物でアレルギーがありますか？      ある      ない  
(それは何ですか？      )

(8) 【女性の方のみ】 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？      はい      いいえ