

問診表

フリガナ		性別	生年月日
名前		男女	明・大・昭・平 年 月 日
住所	(〒 -)		
電話番号	() -	公費	※医療券をお持ちの方
			都 親 乳 障 福 老 生保

いままでにかかった病気を教えてください。

肝炎 高血圧 糖尿病 喘息 アレルギー性鼻炎(花粉症) 蕁麻疹 かった事がない
そのほか()

いままでに副作用のでたお薬はありますか。

ある 薬の名前()
ない

現在、妊娠中や授乳中ではありませんか。

妊娠中 授乳中 ない