

～問診票～

ふりがな

お名前 ( ) (男・女) ※お子様は体重も ( kg)

生年月日 (大・昭・平・令 年 月 日) 年齢 ( 才)

〒 ( - )

住所 ( )

電話 ( - - ) 携帯 ( - - )

・本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

・その症状はいつから始まりましたか？

・現在どちらの医院、もしくは病院で治療中の病気はありますか？

あり

なし

・ある方は教えて下さい

病名：

・過去に喘息と診断されたことがありますか？

あり

なし

・過去に痛み止めや、熱を下げる薬で(湿布も含みます)喘息発作が出たことはありますか？

あり

なし

・過去にお薬でアレルギーが出たことはありますか？

あり 薬品名 ( )

なし

・食べ物のアレルギーが出たことはありますか？

あり 食品名 ( )

なし

〈女性の方に伺います〉

・現在、妊娠中ですか？

はい ( 月)

いいえ

・現在、授乳中ですか？

はい

いいえ

最後に・・・当院を何でお知りになりましたか？ ( )

ありがとうございました！