

# 予 診 表

年 月 日

(今後、ご記入頂いた事項に変更のあった場合には、ただちにお申し出ください)  
労働災害や交通事故は対応できない場合があります。診察前に、受付にご相談下さい。

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成
氏名	男・女		年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
電話	( )	職業	
携帯電話		体重	中学生以下 kg

## 1. 症状を詳しくご記入下さい

いつ頃から

体のどこに (左右も)

どのような症状

## 2. 現在、治療中の病気は

ない

ある ……

(病名:

病医院名:

## 3. 現在、使用中の薬は

ない

ある ……

(薬剤名

## 4. 今までかかった事のある病気は (以下にご記入ください)

アレルギー性鼻炎

中耳炎 (滲出性、急性、慢性)

肝炎 (A、B、C型)

糖尿病

ぜんそく

副鼻腔炎 (ちくのう)

胃・十二指腸潰瘍

前立腺肥大

アトピー性皮膚炎

水虫

心臓、高血圧、脳血管障害

その他 (

)

## 5. 薬の副作用は

ない

ある …… その症状 (

それはどんな薬できたか (

## 6. 日常生活について

たばこ \_\_\_\_\_ 本/日 アルコール 1日量 \_\_\_\_\_

ストレス なし 多少ある ある

食物アレルギー ない ある ( )

## 7. 女性の方

妊娠中ですか

はい

いいえ (

週)

妊娠の可能性は

あり

なし

授乳中ですか

はい

いいえ

※その他ご希望や、お申し出事項があればお書き下さい

(例えば、詳しい検査、のみ薬等の希望)