予　診　票

平成　　年　　月　　日

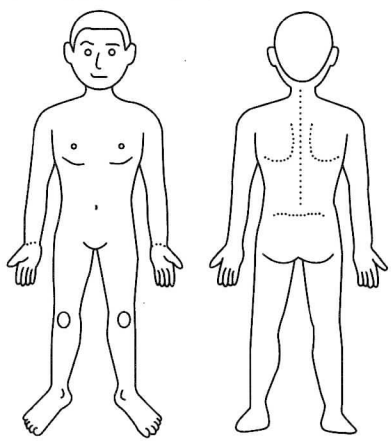
フリガナ		男	生 明治		
氏　名		女	年 大正	年　月　日生　才	
			月 昭和		
			日 平成		
現住所	〒				
電　話		緊急連絡先			
身　長	cm	体　重	kg	体　温	℃

（1）症状を詳しくご記入ください。

・いつごろからですか

・どんな症状ですか

症状のある部位に○印をつけて下さい。



（2）今までにかかった病気はありますか。手術を受けたことはありますか。

（はい）　高血圧　糖尿病　心臓病　胃・十二指腸潰瘍　（いいえ）
肝臓病　脳卒中　喘　息　緑内障
その他（　　）
手術歴（　　）

（3）現在、通院治療中の病気で飲んでいる薬はありますか。市販薬で飲んでいるものがありますか。

病名（　　）
（はい）　通院中の医院（　　）　（いいえ）
現在使用している薬剤（　　）
市販薬
（はい）　胃腸薬　ビタミン剤　鎮痛剤　風邪薬　健康食品　（いいえ）
その他（　　）

（4）アレルギーを言われたことはありますか。

□食物によるアレルギー
牛乳　卵　（その他　　）
（はい）　□薬によるアレルギー　（いいえ）
抗生剤「　　」痛み止め「　　」（その他　　）
□アレルギー性疾患
アトピー性皮膚炎　花粉症　（その他　　）
□その他（　　）

（5）日常生活について

タバコ（　　）本　　アルコール１日（　　）

（6）女性のかたのみご記入ください。

妊娠中　妊娠可能性あり　授乳中　該当なし

（7）ジェネリック医薬品をご希望なさいますか。

（はい）　（いいえ）