

# 問 診 票

お名前	_____
■ たばこ	吸わない ・ 吸う 本/日
■ アルコール	飲まない ・ 飲む 合/日

体温	_____	°C
体重	_____	kg
身長	_____	cm

● いつから、どうしましたか？

● 現在、服用中の薬や治療中の病気はありますか？

- ・ある（薬や病気が分かるものがあればご用意ください。）
- ・ない

● 今までかかった主な病気はありますか？

- ・ある（虫垂炎 ・ 喘息 ・ 事故 ・ その他）
- ・ない

● アレルギーはありますか？

- ・ある 

├	薬
└	その他
- ・ない