

宇野医院 問診票

フリガナ

氏名：

住所：

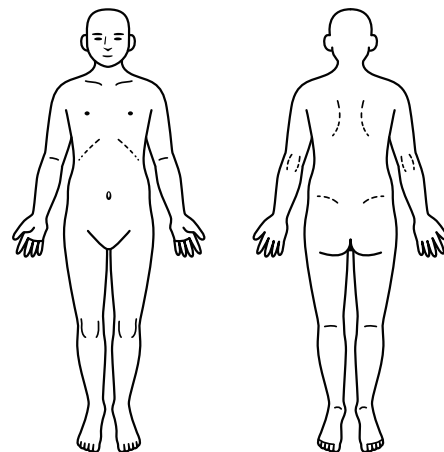
電話番号：

携帯電話：

年齢： 歳（男・女）

職業：

- 具合の悪い場所に○印をつけて、症状を書いてください。
今まで治療をした方は、一緒に書いてください。



いつ頃からですか？ () 日前 () カ月前 () 年前

- 現在、治療中の病気、または以前にかかった病気はありますか？

・ある → 糖尿病・高血圧・緑内障・前立腺肥大症

その他 ()

・なし

- 現在、飲んでいる薬、ぬっている薬がありますか？

・ある → 薬の名前：

・なし

- 今まで、薬などでアレルギー症状をおおしたことがありますか？

・ある → 薬の名前：

・なし

- ご家族に大きな病気やアレルギーのかたはいますか？

・はい → 病名： 続柄：

・いいえ

- 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

・はい

・いいえ