問　診　票

氏名	生年月日　　年　　月　　日	年齢　　才	男・女

今の状態、症状

治療中の病気

病名

・＿＿＿＿才頃又は＿＿＿＿年前から＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・＿＿＿＿才頃又は＿＿＿＿年前から＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

過去の病気や手術

病名

・＿＿＿＿＿才頃又は＿＿＿＿年前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・＿＿＿＿＿才頃又は＿＿＿＿年前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

両親や兄弟の病気

嗜好品の頻度

◎アルコール　飲まない・飲む(　　／日)　　◎その他…

◎コーヒー　　飲まない・飲む(　　／日)

◎タバコ　　吸わない・吸う(　　本／日)

アレルギー又は特異体質

・薬　　・その他

・食べ物

・花粉

ペットの有無　　(有・無)

身長　　ｃｍ	体重　　ｋｇ