

No. \_\_\_\_\_

# 病気の質問表

(ふりがな)
お名前： (男、女)

明治  
大正  
昭和  
平成  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒： \_\_\_\_\_ 自宅TEL： \_\_\_\_\_ 携帯TEL： \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

この質問表は病気を治すための大切な資料です。差し支えない範囲で、ありのままを書いて下さい。

1. 現在の症状（お困りのこと）についてお書き下さい。

いつからですか？	体のどの部分に？	症状は？

2. 今回の症状で治療を受けていた方は、病院名・お薬の名前を教えてください。

治療を：受けていた・受けていない・市販薬使用 (今の症状に影響を与えている可能性があります)

病院名	お薬の名前

3. これまでに飲んだ薬や、受けた治療で副作用を経験した方はお書き下さい。

副作用 ある・なし わかる方は薬の名前（何の病気か）、副作用の種類を書いてください。

4. 他の病気で治療を受けている方は病院名・お薬の名前・病名を教えてください。

現在治療を：受けている・受けていない お薬の飲み合わせの為大切な情報です  
アトピー性皮膚炎，ぜんそく，じんましん，花粉症，アレルギー性鼻炎，緑内障  
糖尿病，心臓病，高血圧，高脂血症，肝臓病，腎臓病，その他（ ）

病院名	お薬の名前

5. 女性の方は 現在【妊娠していない・可能性がある・妊娠（ ）ヶ月・授乳中】の付けて下さい