

問 診 票

ID: _____ 来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)		
住所	〒 _____		
電話番号	ご自宅		
	携 帯		
	ご家族 (緊急時連絡先)	(続柄: _____)	
来院目的	該当する内容に○をつけてください ・高濃度ビタミンC点滴 ・バイオレゾナンス ・ベンズアルデヒド療法 ・その他 (_____)		
ご病気	診断名(病名)は医師に何と言われましたか?(がんの場合ステージ・転移は?)		
	診断された日はいつですか?		
	どちらの病院で診断されましたか?		
治療歴	治療期間(年月)	内容(投薬・手術・抗がん剤名・放射線・他)	治療を受けた病院

症 状	現在1番お困りの症状は？		
	いつからその症状はありますか？		
その他の 病気について	今までにかかった大きなご病気	手術	なし ・ あり
		手術名	
その他の 病気について	他に、現在治療中のご病気	輸血	なし ・ あり
		感染症	なし ・ あり ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ その他 ()
お薬	現在、服用中の薬・サプリメント・漢方薬など		
	※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。		
アレルギー	なし ・ あり	薬	
		食物	
		その他	
	注射時のアルコール消毒アレルギー・かぶれ	なし ・ あり	
女性のみ	該当する内容に○をつけてください		
	妊娠の可能性なし ・ 妊娠の可能性あり		
	妊娠中 (ヶ月) ・ 授乳中		