

大友薬局 問診票

漢方問診は患者さんの体質判断において重要なデータとなります。
大友薬局の漢方問診は漢方治療のみが目的です。個人情報厳守いたしますのでご安心ください。
治療経過を患者さんの声で掲載させていただくことがあります。掲載不可の場合は事前におっしゃってください。

フリガナ				
お名前				
性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	生年月日	年 月 日
	<input type="radio"/> 未婚	<input type="radio"/> 既婚	<input type="radio"/> 出産経験有り	
ご住所	〒			
電話				
主訴	(色々ある症状の中で、一番治したい症状・お病気をお書き下さい)			
医療機関での診断名	(自己判断ではなく、病院・医師による診断名をお書き下さい。分からない場合は記入の必要はありません。)			
現在の主な症状				
発病時期				
治療歴	(発病より現在までの治療歴、治療薬、治療経過等、分かる範囲でお書き下さい。)			
現在の服用薬	(漢方薬、病院薬、市販薬、健康食品等、分かる範囲でお書き下さい。)			
病歴	(今までにかかったお病気等ある方は、時期と病名をお書き下さい。)			
副作用歴・アレルギー歴	(アレルギーがある方・薬を飲んで副作用のご経験がある方はお書き下さい。)			

次のページに続きます

