

問 診 票

お困りの症状を教えてください。

現在、通院されている病院はどちらですか。

服用されている薬がわかれば教えてください。

今までに大病・事故・怪我があれば教えてください。

最近の健康診断で指摘事項はありましたか。

コロナに感染したことはありますか。

ある ない

コロナワクチンは何回接種されましたか。

0回 1回 2回 3回 4回 5回 6回 7回以上

仕事の内容を教えてください。

ストレスを感じていることがあれば教えてください。