

# 问诊票 (ID : \_\_\_\_\_ )

来院日期 年 月 日

フリガナ 姓名		性別	出生 月 日 生日	年 月 日 岁
身高: _____ cm		/ 体重: _____ kg		
地址	〒 _____			
联系方式	固定电话: _____		手机: _____	

有相应项目请勾选

是否有感染症

HBs  HCV  HIV  梅毒  无

过往病例

无

脑血管疾病 ( \_\_\_\_\_ )  心脏疾病 ( \_\_\_\_\_ )

肾脏疾病 ( \_\_\_\_\_ )  胆结石

高血压  糖尿病  高血脂  痛风  哮喘

骨质酥松  过敏性皮炎

其他, 具体 (请写出什么时候开始发病, 做过什么样的治疗。)

手术史:  有  无

输血史:  有  无

生产时:  有出血倾向  无

现在服用中的药物

有 (请写出药剂名称, 容量, 用法)  无

有无过敏史:  无

有  
(填写药剂·食品名称: \_\_\_\_\_ )

家族史

无  有

