

カウンセリング問診票

記入日 年 月 日

お名前

生年月日 西暦 年 月 日

出生時間

午前 / 午後 時 分 出身地

血液型

型

ご職業

家族構成

(過去：既婚の場合)

(現在)

既往症

現在治療中の病気

アレルギー

薬歴 (過去に多く服用したお薬、現在服用中のお薬/漢方薬含む)

今、お悩みのことがあればご記入ください。(婦人科系なども)

(いつから、どこの部位が、どんな状態かというのをくわしく)