

問診表

年 月 日記入

ふりがな		性別	体温
氏名		男・女	度 分
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 才		
住所	〒 —		
電話番号（自宅）			
電話番号（携帯）			

◎本日の受診理由をお書きください。

- ・いつ頃からですか？ ()
- ・どのような症状がありますか？

--

◎現在治療中の病気 過去に治療した病気はありますか？

(※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください)

病名・薬の名前

◎今までに、薬や食べ物で気分が悪くなった事がありますか？（アレルギー等）

いいえ ・ はい（わかれば具体的に：)

◎女性の方にお尋ねします。

- ・妊娠されていますか？ はい (カ月) ・ いいえ
- ・現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

◎その他気になることや、ご希望がございましたらお書き下さい。

--

◎当院受診のきっかけはなんですか？（複数回答 OK です）

- 1 家から近いから 2 知人の紹介で 3 家族が通院しているから 4 看板をみて
5 インタット（ホームページをみて） 6 いつも前を通るから

ご記入ありがとうございました。