

問診票

ふりがな

名前 _____

生年月日 _____ 性別 男 ・ 女

郵便番号 _____

住所 _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____

●本日はどうされましたか？その症状はいつ頃からですか？

●現在治療中の病気はありますか？

●現在、お薬を飲んでいますか？ はい いいえ

ある方にご記入ください

●アレルギー（薬・食べ物）はありますか？ ある ない

ある方にご記入ください

●今まで大きな病気や手術をしたことがありますか？ ある・ない

病名 _____ 手術 _____

●嗜好品（アルコール類・タバコ）についてとっている方にご記入ください

お酒 _____ 合 ビール _____ ml タバコ _____ 本

●女性の方のみお答えください。

・妊娠されていますか？ はい いいえ わからない

・授乳中ですか？ はい いいえ

●当院を知ったきっかけは何ですか？

なし 近い（自宅） 近い（会社） 評判 ホームページ 電話帳
紹介（ 様より） その他