

問 診 票

記入日

年 月 日

フリガナ		男性 ・ 女性	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前				年 月 日 (歳)
ご住所	〒			
電話番号	ご自宅			
	携帯電話			

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？

[]

◆その症状はいつ頃からですか？ (頃から)

◆その症状で、今までに診療を受けたことはありますか？ (受けた ・ 受けていない)

◆診療を受けられた場合は医療機関名・治療内容を教えてください。

医療機関名 ()

治療内容 ()

2. これまで大きな病気をされたり、手術を受けたことはありますか？ ない ・ ある

病気の名前 ()

それはいつ頃ですか？ (頃)

3. 現在、お薬を飲まれていますか？ 飲んでいない ・ 飲んでいる

お薬の名前 ()

4. 食べ物・お薬などで、アレルギー症状を起こしたことはありますか？ ない ・ ある

食品・薬品名 ()

5. お酒は飲みますか？ 飲まない ・ たまに飲む ・ 毎日飲む (1日量)

6. タバコはお吸いになりますか？ 吸わない ・ 吸う (1日 本)

7. 女性の方へお聞きします。妊娠の可能性はございますか？ ない ・ ある

※当院をどちらでお知りになりましたか？

広告 紹介 ホームページ その他 ()

ご協力ありがとうございました。