

問 診 票

記入日 年 月 日 体温 ℃

ふりがな		男性 ・ 女性	生年月日	大・昭・平・令
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？

- その症状はいつからですか？ (から)
- その症状で他の病院で診察を受けたことありますか？ (いいえ ・ はい)
- 診察を受けられた方へ。その医療機関はどちらですか？ ()

2. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ
はい ()

3. 今まで大きな病気や手術の経験はありますか？

いいえ
はい ()

4. 現在、お薬を飲まれていますか？

いいえ
はい ()

5. アレルギーはありますか？

いいえ
はい ()

※ 女性の方へ。
現在妊娠中、または授乳中ですか？

いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中

◆その他気になることがあればご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました。