

# 問診票

診察券NO.\_\_\_\_\_

ふりがな

氏名：

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 ) 性別：男 · 女

住所：〒

ご連絡先： — —

いつから症状はありますか  
( )

どこにありますか  
( )

どんな症状ですか  
( )

この症状で他院は受診されましたか  
( )

どんな治療をされていますか  
( )

現在治療中の病気はありますか  
( )

現在内服中の薬はありますか  
( )

今までに大きな病気はありますか  
( )

薬のアレルギーはありますか：はい · いいえ  
あればどんな薬ですか  
( )

その他アレルギーはありますか  
( )

現在妊娠中・妊娠の可能性はありますか：はい · いいえ

現在授乳中ですか：はい · いいえ

お子様の場合は体重をおしえてください ( k g )

当院を何でお知りになりましたか

ホームページ · 知り合いからの紹介 · 看板 · その他 ( )