

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（ ）