

# 問診票

診察券NO. \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名：

生年月日：大正・昭和・平成・令和 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（ )