

# 問診票

受診日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H 年 月 日 男性・女性

1) いつからどのような症状がありますか (相談したいこと、受診された理由)

2) 今までに大きな病気 (手術) をされたことがありますか

ある→ ( \_\_\_\_\_ )

ない

3) 現在治療中の病気はありますか

ある→ ( \_\_\_\_\_ )

ない

4) 現在、服用されている薬があればお書きください

( \_\_\_\_\_ )

5) 薬や食べ物で蕁麻疹がでた事やアレルギーはありますか

ある→\*薬 (注射) の名前、食べ物の名前 ( \_\_\_\_\_ )

ない

6) 女性の方のみご記入下さい

現在妊娠中もしくは授乳中ですか 妊娠中 授乳中 いいえ

現在生理中ですか はい いいえ

7) 当院を何で知られましたか

インターネット 看板 (通りすがり) 他院からの紹介

知人からの紹介 新聞広告 その他 ( \_\_\_\_\_ )

8) 当院までの交通手段は何ですか

車 電車 バス 自転車 徒歩 その他