

# 問診票

受診日 平成 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