

問診票

令和 年 月 日

ふりがな			
ご氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日()才	性別	男 ・ 女
ふりがな			
ご住所	〒 - _____		
電話番号	() 自宅・携帯	ご職業	

1. 本日はどのようなことでお困りですか？

()

2. 現在かかっているご病気はありますか？ また過去に大きなご病気はされましたか？

()

3. 現在服用中の薬はありますか？

()

4. 薬や食べ物などアレルギーはありますか？

無 ・ 有 ()

5. 嗜好品について 飲酒： 無 ・ 有 (週 日)

喫煙： 無 ・ 禁煙 (前) ・ 有 (本/日 年)

6. 女性の方へ 妊娠： 無 ・ 有 (か月) 授乳： 無 ・ 有

7. 当院はどのようにしてお知りになりましたか？

友人・知人・ご家族()のご紹介 ・ 他院よりのご紹介 ・ ホームページ ・ 広告 ・ 雑誌 本