

問 診 票

フリガナ.....

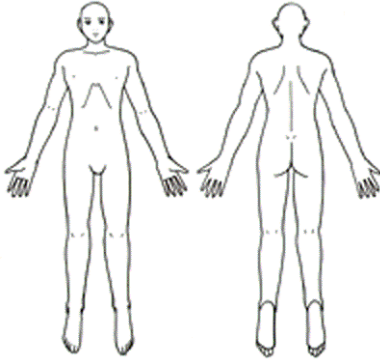
氏名 _____ 様 生年月日 T・S・H・R _____ 年 ____ 月 ____ 日 男・女

〒 _____ 住所： _____

電話 _____

メールアドレス _____ @ _____

1：本日はどうなさいましたか？みてほしい所に○をつけてください。



どのようになっていますか？

例：ブツブツができています、かゆいなど・・・

2：いつからですか？

2：現在及び既往にかかられた病気はありますか？

いいえ

はい（高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・コレステロール・痛風・緑内障・
前立腺肥大・睡眠障害・その他 _____）

3：現在服用している薬はありますか？薬名がおわかりになればお書き下さい。

いいえ

はい（ _____ ）

4：お薬、食べ物などでアレルギーをおこしたことはありますか？

いいえ

はい（ 何で _____ どうなりましたか _____ ）

5：女性の方にお聞きします。

妊娠している可能性はありますか？； いいえ ・ はい（ 現在妊娠 ____ ヶ月 ）

授乳中ですか？； いいえ ・ はい

書き終わりましたら受付にお出し下さい。なお多少順番が変わることがありますのでご了承下さい。

今後のために当院を受診されたきっかけを教えてください。（複数可）

① 近所だから ② 口こみ ③ タウンページ（電話帳）④ i タウンページ（携帯電話等）

⑤ 電柱広告 ⑥ 野立て看板 ⑦ その他 _____

ご協力有難うございました。