

問 診 票

No.

平成 年 月 日

ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
住 所 T E L	〒 ()
生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日 (才 ヶ月)
職 業	

1. どうしましたか？
2. それは、いつからですか？
3. 今までに 大きな病気、けが、手術をしたことがありますか？
ある (才の頃) ない
4. 今までに 薬によるアレルギーを起こしたことがありますか？
ある ない
5. 現在、服用している薬がありますか？
ある ない
6. 現在、他の病院に通院されていますか？
ある ない
7. 妊娠の可能性は ありますか？
ある ない
8. その他、心配なこと、聞きたいことがあったら ご記入下さい。