

＜問診票＞

フリガナ 名前	男 ・ 女	生年月日 大正 年 昭和 月 平成 日 () 歳	
住所 〒 -		☎(自宅)	
		☎(携帯)	
【受診内容】 どういった内容で受診されましたか？ (いつからどのような症状がありますか？ 一番つらい症状は何ですか？)			
【これまでにかかった病気はありますか？】	【ご家族の方でご病気の方はいらっしゃいますか？】 (例) 父: 高血圧・糖尿病など		
アレルギーはありますか？	はい	いいえ	
「はい」と答えられた方は、何のアレルギーですか？			
アルコールは飲みますか？	はい (種類 量)	いいえ	
タバコは吸いますか？	はい (本数: 本/日 /年)	いいえ	
当院を初めて受診された方にお聞きします。当院をどのようにしてお知りになりましたか？ インターネット 看板 知り合いからの勧め ご親族からの勧め 他院からの紹介 通りがかり その他()			