

No: _____

問 診 票

西暦 20 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
ご氏名	(男・女)					
ご住所	〒					
お電話番号	()	身長	cm	体重	kg	

1. どのようなことで来院されましたか？

●どの部位に症状がありますか？

(右の絵で、診察を希望される所を○で囲んでください)

●いつ頃からですか？ ()

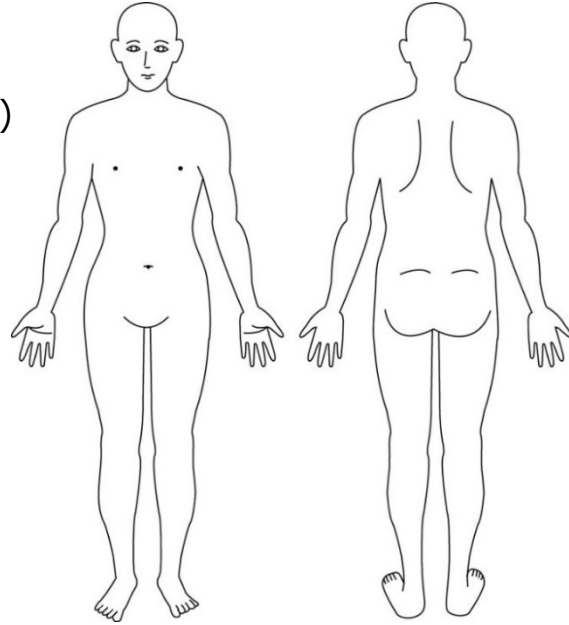
●どんな症状ですか？(複数回答でもかまいません)

かゆい 痛い できものがある

その他 ()

●このことで何か治療をしましたか？(はい・いいえ)

その内容 ()



2. 今までに大きな病気をしたことはありますか？(はい・いいえ)

はい→いつ頃 ()

病名 ()

3. 現在飲んだりぬったりしているお薬はありますか？(ある・ない)

ある方・・・お薬手帳をこの問診票と一緒に受付にお出してください。

→お薬手帳をお持ちでない方(お薬の名前:)

4. 今までに薬や食べ物で副作用やアレルギーが出たことがありますか？(ある・ない)

ある方→薬などの名前 ()

5. 女性の方へ

●妊娠中ですか？(はい[第 週]・いいえ) ●授乳中ですか？(はい・いいえ)

●妊娠のご希望はございますか？(はい・いいえ)

6. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？(複数回答でもかまいません)

近所に在住・職場が近所・ホームページ・家族、知人から・看板・電柱の広告

ちらし・その他 ()

ご協力ありがとうございました。受付へご提出いただき、診察までしばらくお待ち下さい。