

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？ ()

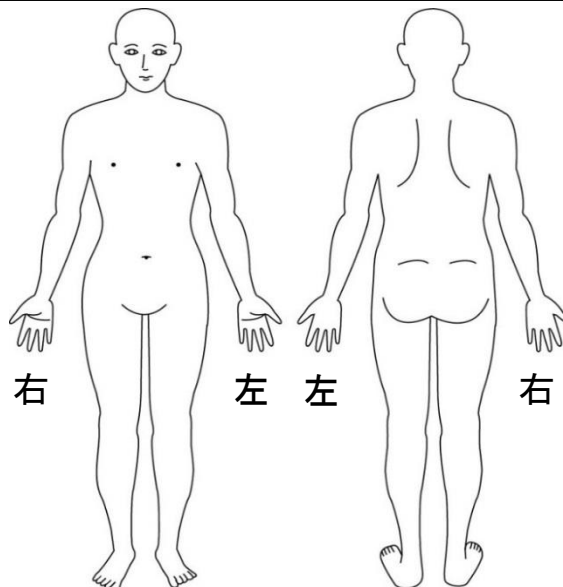
●どんな症状ですか？

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. 現在治療中の病気はありますか？ (ない・ある：病名)

4. 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：)

5. 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 ()

どんな症状がでましたか？ ()

6. 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)

7. 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)

近隣在住・職場が近所・当院HP・Google・家族,知人・その他 ()

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが、印刷してご持参ください。