

問診票

年 月 日

フリガナ			
氏名	様		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (歳(ヶ月))
住所	〒 -		
電話	自宅	携帯	
医療費明細書	要 ・ 不要		

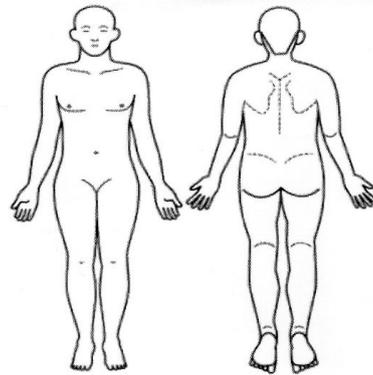
女性の方 → 妊娠していない・妊娠中 (週) ・授乳中
 お子様は必ず身長・体重をご記入下さい。わからない場合は測定をお願いします。
 身長 () cm 体重 () kg

症状のあるところをお示し下さい

いつから _____

どこに _____

どんな症状が _____



- 今までかかったことのある病気に ○ をつけて下さい。
 なし
 狭心症 、 不整脈 、 高血圧 、 糖尿病 、 脂質異常 、 癌 、 甲状腺疾患 、 緑内障 、
 ヘルペス 、 帯状疱疹 、 前立腺肥大 、 うつ病 、 その他 ()
- アレルギーがあるものに ○ をつけて下さい。
 なし
 アトピー 、 花粉 、 金属 、 アルコール消毒 、 食物 () 、
 薬剤 () 、 その他 ()
- 治療中の薬剤があればお書き下さい。
 ()
- 当院を知ったきっかけに○をつけて下さい。
 ホームページ 、 知人・家族の紹介 () 、 他院からの紹介 、
 通りがかり 、 電柱看板 、 パンフレット・広告 、 その他 ()

当院では、保険証・医療証のコピーを取らせていただいております。ご了承下さい。