



問 診 票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ (_____)

お名前 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

〒□□□□-□□□□

御住所 _____

お電話番号 (携 帯) _____

★緊急連絡先 (お名前) (お電話番号)

① いつから、どのような症状がありますか？できるだけ詳しくご記入をお願いします。

[_____]

身 長		cm
体 重		kg

体温 _____ °C ⇒ (※発熱している方はお申し出ください)

海外渡航歴 … なし ・ あり (いつ頃: _____) (国名: _____)

② 今までにかかった病気・現在治療中の病気はありますか？ 来院時血圧

[_____]

③ お薬や食べ物でアレルギー (発疹・気分不快など) を起こしたことは、ありますか？

[_____]

お薬手帳・診療情報提供書をお持ちの方は受付までお願いします

.....よろしければ、当院を受診されたきっかけを教えてください。.....

- 1) ホームページ 2) 駅の広告 3) 電柱広告
- 4) ご紹介 (_____ 様) 5) その他 (_____)