

問診票

No. _____

年 月 日

明日来病院

〒000-0000 東京都江東区辰巳0-00-0
タツミビル1F

TEL 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

ふりがな

明・大・昭・平

お名前 様 年 月 日生 才 男・女

〒
ご住所

連絡先 TEL () - E-mail @

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

1	どんな症状で、来院されましたか	
2	いつ頃からですか	約()日、週間、カ月、年 前から
3	過去に、大きな病気・ケガ かかったことがありますか	ない あるいはある(病名)
4	いままでに薬を飲んで 副作用が起きたことが ありますか	ない あるいはある(内容)
5	現在、治療を受けている (お薬をのんでいる)病気が ありますか	ない あるいはある(病名)

[女性の方にかがいます]

6	妊娠していますか	いいえ はい()ヶ月)
	現在授乳中ですか	いいえ はい

7	当医院をどこで お知りになりましたか	1 他の病院からの紹介 2 人づて(どの方からか?)) 3 当院の看板 4 電柱広告 5 駅広告 6 その他()
---	-----------------------	---

メモ