

問診票

フリガナ

お名前： _____

MTSHR 年 月 日生 男 女

ご住所：〒 _____

お電話番号： _____

身長： _____

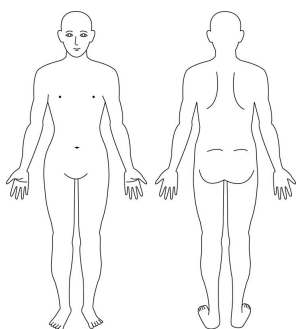
体重： _____

体温： _____

• 本日はどのような症状で受診されましたか。

• その症状はいつ頃からみられましたか。

• その症状が出ている箇所（下の絵）に○をつけて下さい。



• 現在治療中の病気や使用中的のお薬があれば教えてください。

• お薬や食事のアレルギーがあれば教えてください。

• 女性の方のみご記入下さい。

現在、妊娠もしくは授乳中ですか？ （ はい _____ カ月 ・ いいえ _____ ）

• 当クリニックのことは何でお知りになりましたか？

- 近所に在住（通勤・通学路） ホームページ 看板 知人の紹介
 他の医療機関からの紹介 その他（ _____ ）

