

問 診 票

フリガナ			男・女	生 年	大・昭・平・令・西暦
名 前	姓	名		月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 -				体重(子供のみ) kg
電話番号			携帯電話		

※ 当院は労災指定ではありませんのでご理解頂けましたらチェックしてください・・・□

※ 保険証をコピーさせていただきますのでご理解頂けましたらチェックしてください・・・□

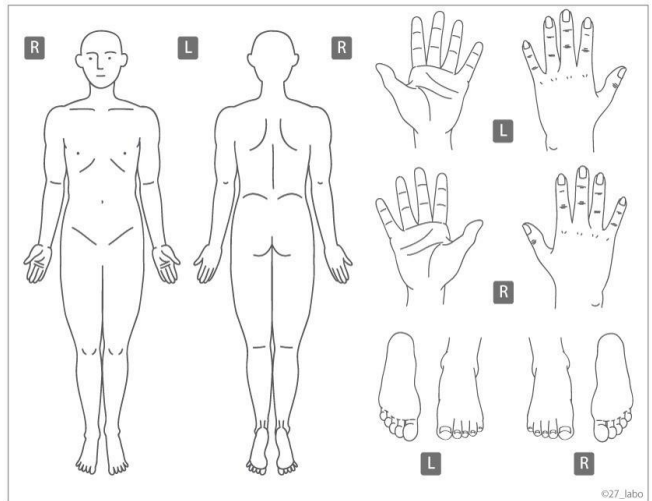
症状について

1. いつ頃から？

_____から

2. どのあたり？ (図にも記入して下さい)

3. どんな症状？ (痒い・痛い・赤い)



治療中の病気はありますか？

高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病
前立腺肥大・緑内障・喘息・透析中
その他

内服中のお薬はありますか？

はい ・ いいえ

【女性のみ】 妊娠中、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

□ 妊娠中 (出産予定 月 日) □ 授乳中

食物や薬などのアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

手術、歯科治療などの局所麻酔で体調が悪くなったことはありますか？

はい ・ いいえ

経過観察のために写真を撮ることに同意されますか？

はい ・ いいえ

当院をどのようにして知られましたか？ (自由回答)

通った時に気付いた 看板を見て 新聞のチラシ ポストに案内が入っていた
インターネット 電話帳 知り合いの方から その他