

≡ 問 診 票 ≡

(下記の項目について、今後の診療の重要な参考になりますので、ご面倒とは思いますが、どうかご記入ください。なお、わからないところがあれば、受付か、看護師に申し出てください。)

フリガナ	
1. ご氏名	
2. 生年月日	明. 大. 昭. 平. 令. もしくは西暦 年 月 日生
3. 住所	〒
	電話 () —
	携帯 () —

4. 来院の目的、相談したい内容、困っている症状や問題点を簡潔にお書き下さい。

5. 上記のことでこれまでどこにかかったり、相談したことは？

①ない ②ある (病院名や相談機関名：

)

6. このクリニックを知ったのは(紹介、看板や広告、ホームページ、本、講演、雑誌、口コミ、パンフレット、その他

)

7. 今まで大きな病気をしたことがありますか？

①ない ②ある (病名：

)

8. 今まで薬や注射でじんましんが出たり気分が悪くなったことがありましたか？

①ない ②ある (薬剤の名前：

)

裏面もありますのでご記入下さい。

