

問 診 票

診察券No _____ (診察券をお持ちの方はご記入下さい)

ふりがな _____

お名前 _____

性別 男 ・ 女

生年月日 T・S・H 年 月 日

年齢 歳

住所 _____

電話番号 _____

1. どのような症状がいつ頃からありますか？

2. 現在、治療中の病気はありますか？

3. 現在服用中のお薬がある方は、書ける範囲でご記入下さい

なし

あり _____

4. 薬・その他のアレルギーがある方はご記入下さい

なし

あり _____

5. 今までにかかったことがある主な病気の時期、病名をご記入下さい

なし

あり _____

6. 妊娠されていますか？

いいえ・わからない・はい (週目)

7. 当院を何でお知りになりましたか？

通りかかった ホームページを見た 内覧会チラシを見た

道路での看板を見た (産業道路の交差点・競馬場近く・両方)

人から聞いた ドラッグストアでの案内を見た

その他 ()

ご記入ありがとうございました