

問診票

年 月 日

フリガナ

氏名

(男・女) 生年月日

T
S
H

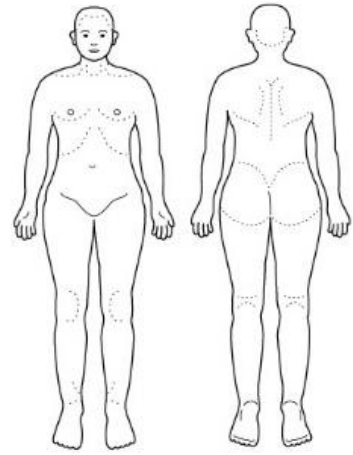
年 月 日 (歳)

ご住所 〒

電話 ()

身長 cm 体重 Kg

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？
(いつから、どこに、どのような症状ですか？)
右図に症状のある部位を○で囲んでください。



- []
2. 紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

3. いつも飲んでいるお薬はありますか？
現在、治療中の病気はありますか？

はい []
いいえ

4. これまでに大きな病気や手術をされたことはありますか？

はい []
いいえ

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい []
いいえ

6. 女性の方におたずねします。(レントゲンの際に必要な問診です。)

現在、妊娠の可能性はありますか？(いいえ ・ あるかもしれない ・ 妊娠中)

7. 当院をどのようにお知りになりましたか？

通りかかった ・ 人から聞いて ・ チラシ ・ 看板 ・ インターネット

その他 []