

問診票

ふりがな
お名前 _____ 性別 (男・女) _____

生年月日 (西暦) _____ 年 月 日 () 歳
〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

ご職業 _____

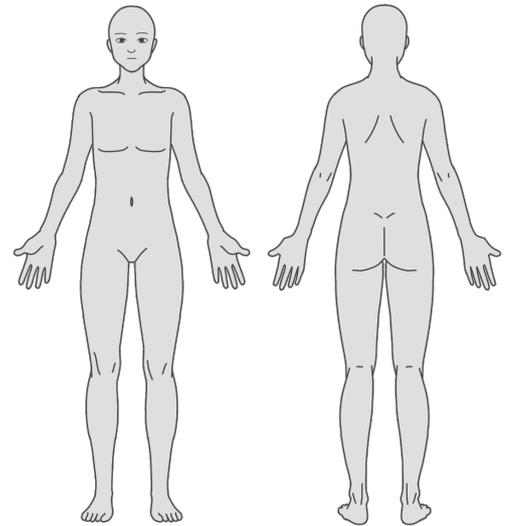
1. 今日はどういう理由でご来院なさいましたか？

2. 気になる部位を右図でお示してください。

3. それはいつ頃から始まりましたか？

4. 今までどんな治療をされましたか？

5. 持病や治療中の疾患についてお教えてください。



糖尿病	アレルギー性鼻炎 (花粉症)	整形外科疾患 ()
高血圧	喘息	肝臓疾患 ()
心臓病	胃・十二指腸潰瘍	腎臓疾患 ()
妊娠	緑内障	前立腺肥大
その他 ()		

6. 今のんでいるお薬をお書きください。

7. 薬 (アルコールや麻酔薬も含めて) に対するアレルギーがございましたらお書きください。

8. 医師の性別について (診療内容によってはご希望に添えないこともあるので、ご了承願います)
女性医師希望 男性医師希望 どちらでも

9. 当院を何でお知りになりましたか？

前を通るので ホームページ ホームページ以外のインターネット情報
雑誌 お知り合いからのご紹介 (ご紹介者のお名前: _____)
その他 ()