

問 診 票

フリガナ 身長： cm, 体重： kg
名前 体温： 度, 血圧 /
生年月日 T・S・H 年 月 日
ご住所 〒 TEL

1. 本日はどうなさいましたか。
2. (症状がある場合) いつからでしょうか。
3. (症状がある場合) ご自身で何か疑っている病気はありますか。
4. 前もって伝えておきたいご希望はありますか。
5. 治療中の病気はありますか。
6. 過去に通院したり、入院して治療したことはありますか。
7. ご使用中の薬はありますか。
(持参されている場合、受付でお薬手帳提示をお願い致します。)
8. アレルギーはありますか。
食品： 薬： その他：
9. 妊娠の可能性はありますか。 はい / いいえ

ご協力ありがとうございました。

