

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男性・女性
氏名		生年月日	明・大・昭・平
			年 月 日(満 歳)
住所	〒		
TEL	()	—	
携帯		—	—

① 付き添いの方のお名前 () 続柄 ()

② どのような症状ですか？ それはいつ頃からですか？

③ これまでにかかった主な病気をあげてください。それはおいくつの頃ですか？

病名 ()

いつ頃 ()

④ 今、治療中の病気やお薬を服用している場合は、病名やお薬の名前をお書きください。(分かる範囲で結構です)

⑤ ご家族で、似たような症状をお持ちの方がおられますか？

⑥ このクリニックを何でお知りになりましたか？

1. 電話帳 2. 広告(チラシ等) 3. ホームページ 4. 当院の看板

5. 他院からの紹介 6. 知人の紹介 7. その他 ()