

# 問 診 票

平成 年 月 日

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

① どのような症状ですか？ それはいつ頃からですか？

② 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 ( )

③ 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)

④ ご家族で、似たような症状をお持ちの方がおられますか？

⑤ 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. ホームページ・インターネット 3. 他院 ( )

4. 家族・知人 5. 広告 ( ) 6. 看板 (電柱・バス)

7. バス車内放送 8. その他 ( )