

問 診 表

受診日 H 年 月 日 整形 内科 皮膚科

フリガナ
氏名

男 女

生年月日 生

〒
住所

電話番号 自宅 携帯
職場

身長 体重 血液型

血圧 脈 体温

飲酒 日 喫煙 日

*本日はどうなさいましたか？詳しくご記入ください。

いつ 年 月 日 時頃

どこで

どうなされたか

現在の症状は？

*アレルギーはありますか？ ある ない

()

*大きな病気をなされた事がありますか？ ある ない

()

*手術をなされた事がありますか？ ある ない

()

*特に気になる事がありますか？ ある ない

()