

問 診 表

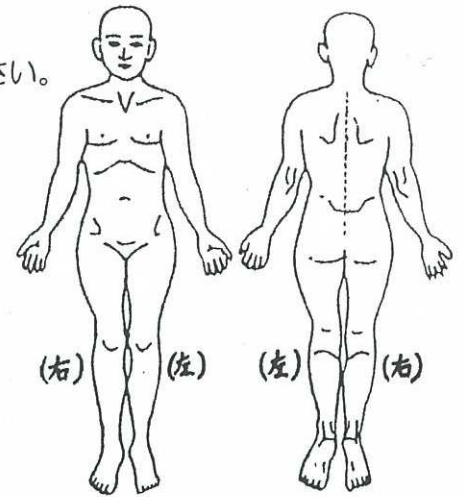
記入年月日 年 月 日

フリガナ		ID No.		性別	男・女
氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生		
住所	〒□□□□-□□□□	自宅	()	—	
		携帯	()	—	

☆ 下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので分かる範囲内で結構ですのご記入下さい。

* 本日受診される症状についておたずねします。

●今日はどこを診て貰いたいですか？右の図に○印を付けて下さい。



●その症状で他の医療機関にかかったことがありますか？

はい () 病院・医院・接骨院) : いいえ

* 今までにかかった病気・けが・手術、現在治療中の病気はありますか？
【現在、薬服用 (有・無)】

* 今までに薬や食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありますか？

あり⇒薬や食べ物の種類 ()
なし

* 女性の方にお伺いいたします。(当てはまる項目に○印を付けて下さい)

妊娠(有・無)()ヶ月) : 妊娠の可能性がある: 授乳(有・無)

ご記入いただいた全ての個人情報、
医療目的以外では一切利用・公表いたしません。