

問診票

氏名フリガナ

男・女 大・昭・平 年 月 日生

住所 〒

電話番号：

・今日はどうなさいましたか

該当するものの□にチェックをつけてください

・以下の病気にかかったことはありますか

- 糖尿病 高血圧 狭心症 心筋梗塞 その他心疾患
脳梗塞 リウマチ 血液疾患 骨粗鬆症 神経疾患 ぜんそく
その他（ ）

・現在飲んでいるお薬はありますか

- ある なし
(お薬の名前：)

・アレルギーはありますか

- ある なし
(食べ物) (お薬)

・<女性の方> 妊娠について

- 妊娠中 (週) 妊娠の可能性がある
不妊治療中 授乳中

・当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て (看板など) チラシ等
知人・家族の紹介 (様)
インターネット・ホームページ その他 ()