

問診表

令和 年 月 日

フリガナ お名前		男・女 様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒		電話	() —

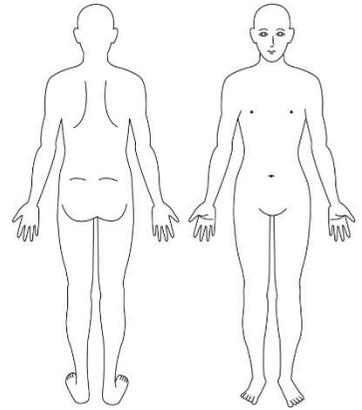
(1) 今日はどのようなことでこられましたか？

1. 一般診察

症状 ()

2. シミ・ホクロ

3. その他 ()



(2) 診察希望箇所に○をつけてください。→

(3) いつ頃からですか？

() 日前より () ヶ月前より () 年前より

(4) いままでに病気をしたことがありますか？

いいえ・はい ()

(5) 現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ・はい ()

(6) 薬、食べ物、注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？

いいえ・はい ()

(7) 女性の方

妊娠していますか？ いいえ・はい () ヶ月

●当クリニックを知ったきっかけは何ですか？

家族・知人からの紹介 ホームページ 電話帳 駅の看板

家から近い 口コミ 他の医療機関からのご紹介 その他 ()