

## 問診表

フリガナ：	生年月日：大正・昭和・平成	性別
氏名：	年 月 日 (満 才)	男 ・ 女
住所：〒 -		
電話番号（自宅）：	電話番号（携帯）：	

●当院を何でお知り合いになりましたか。

ホームページ ・ 通りがかり ・ 家族の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 折込チラシ ・ その他( )

●今日はどうなさいましたか。症状をご記入ください。

( )

●現在、治療中もしくは通院中の病気はありますか。

ない ・ ある(病名・症状をご記入ください)

●現在、使用中の飲み薬、ぬり薬はありますか。

ない ・ ある(薬の名前をご記入下さい)

●薬の成分による、アレルギーはありますか。

ない ・ ある(何のアレルギーですか)

●現在、授乳中もしくはご妊娠されていますか。

いいえ ・ はい (授乳中／ご妊娠 ヶ月)

●その他、気になることがございましたらご記入ください。

( )