

# 問 診 票

※太枠内は必ずご記入ください

カルテNo. \_\_\_\_\_

来院日時	年	月	日	午前・午後		
フリガナ					明・大・昭・平	
受診者名	男・女			生年月日	年	月
					日生 ( )	才
住 所	〒 - 市			電 話	- -	
					緊急連絡先	- -

1. 今日はどのような症状で来院されましたか。

2. 以前におおきな病気にかかったり、手術をうけたりしたことがありますか。

あ る ( あると答えた方は病名、手術名をお書きください。 )

な い ( )

3. 以前に注射をして気分が悪くなったとか、薬をのんで発疹がでたことがありますか。

あ る ( あると答えた方は薬の種類をお書きください。 )

な い ( )

4. 妊娠していますか、あるいは妊娠の疑いがありますか。

あ る      な い

5. 現在治療中もしくは服薬中ですか。

は い ( はいと答えた方は診療科名をお書きください。 )

いいえ ( )

科

※診察は受付順にさせていただきます。特に体調の悪い方はこの限りではありません。  
お気軽に受付までお知らせください。