

# 問 診 票

(受診日) 年 月 日

ふりがな  
お名前：

.....

男  
・  
女

生年・  
月日・

年 月 日( 歳)

ご住所：

電話番号：

— —

① 今日はどうされましたか？ その症状はいつ頃からですか？

② 現在、治療中の病気はありますか？ なし

高血圧・高脂血症・喘息・糖尿病・膠原病・前立腺肥大  
脳疾患・心疾患・肝疾患・腎疾患・緑内障  
その他（ ）

③ 今、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり（ ）

④ お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり（ ）

⑤ 女性の方のみ

妊娠中ですか？ なし あり（ 週）

授乳中ですか？ なし あり（ ヶ月）

⑥ 当院はどちらでお知りになりましたか？

HP・看板・紹介されて

⑦ ほかにご希望などありましたらお書きください



丹生医院