

# 問診票

平成 年 月 日

(フリガナ) 男 電話番号 ( ) -  
名前 女 携帯番号 ( ) -

(〒 - )

住所 生年月日 年 月 日

1. どのような症状ですか？

いつから \_\_\_\_\_ ところが \_\_\_\_\_ どのような \_\_\_\_\_

2. ご希望の治療内容があれば記入してください

3. 来院するまでにどこかで治療を受けられましたか？

どちらかに○をつけてください

はい

いいえ



\* 「はい」の方のみお答えください

病院で どんな治療でしたか？( )  
薬の名前等記入してください( )

自分で どんな治療をしましたか？( )

4. 今までにかかった病気があれば記入してください

アレルギー (その内容をくわしく記入してください) ( )

皮膚病 (病名: ) ( )

心臓病 高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症

肝臓病 B型肝炎、C型肝炎、その他 ( )

腎臓病 生殖器疾患 緑内障

手術を受けた (いつ: ) (手術名: )

その他 ( )

5. あてはまる方は○をつけてください。

妊娠中 授乳中

6. 現在、飲んでいる薬、サプリメント、健康食品などがありますか？

はい いいえ

\* 「はい」の方のみ、  
くわしく内容を記入してください

7. 今まで薬や注射でアレルギーなどのトラブルがあれば記入してください

8. 治療法についておうかがいします。あてはまるものに○をつけてください

保険診療のみ希望 場合により自費診療も可 よくわからない

9. 当院をお知りになったきっかけは？

ホームページ タウンページ 看板 ちらし 知人の紹介 その他 ( )

ご記入お疲れさまでした。問診票を受付に渡し、ソファーにかけてお待ちください