問診票

〒
住　所

電話（　　）　－

フリガナ

T・S・H・R

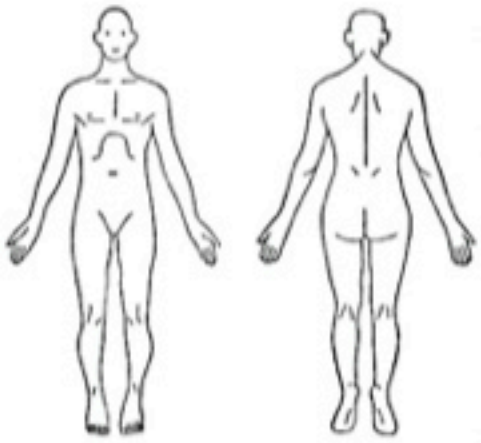
氏　名

（男・女）

年　月　日生

●本日の症状は？
（例　かゆみ、痛み、にきび）
※３ヶ月以内に受診した方のみ前回と同じ場合は下記に○を付けてください。
（　　）

・前回と同じ
（３ヶ月以内に受診した方のみ）



※症状のある部位に○を付けて下さい。

●いつからですか？
＿＿＿＿＿　日前・ヶ月前・年前

●現在治療中の病気がありますか？
はい　・　いいえ

●現在、内服・外用している薬はありますか？
はい　・　いいえ
※お薬手帳をお持ちの方は診察時にお出しください。

●以下に当てはまれば○を付けて下さい。
妊娠　・　授乳　・　アレルギー（薬・その他）　・　喫煙

※当院は診察情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。