

問診票

〒
住所
電話 () -

フリガナ
氏名
T・S・H・R
(男・女) 年 月 日生

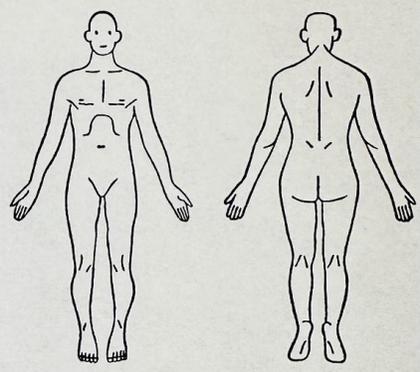
●本日の症状は？
(例 かゆみ、痛み、にきび)
※ 3ヶ月以内に受診した方のみ前回と同じ場合は下記に○を付けてください。
()
・前回と同じ
(3ヶ月以内に受診した方のみ)

●いつからですか？
____ 日前・ヶ月前・年前 ※症状のある部位に○を付けて下さい。

●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てください。

●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



●当院受診が初めての方

・住所・電話番号

・氏名、生年月日
ご記入してください。

・本日の症状・いつから・
その他当てはまる項目を
ご記入をお願いします。

問診票

~~住所~~
~~電話 ()~~

フリガナ
氏名

T.S
(男・女) 年 月 日生

●診察券をお持ちの方

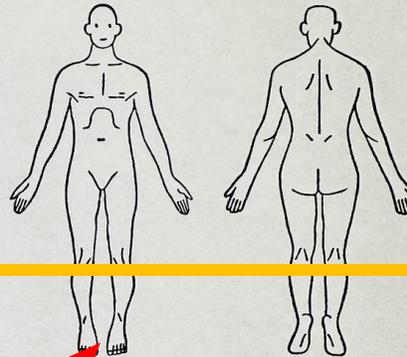
住所の記入は不要です。

・ **氏名のみ** ご記入ください

・ **新たな症状がある場合は** 症状・部位・いつからその他の当てはまる項目を記入してください。

・ **症状が同じ場合は** 『**前回と同じ**』 に○をつけてください

●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)

●いつからですか？
____ 日前・ヶ月前・年前 ※症状の部位に○を付けて下さい。

●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てください。

●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