

問 診 表

ふりがな

名前 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳 _____ 体重 _____ kg

生年月日 _____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 [_____ - _____]

住所 _____

電話 自宅(_____) _____ 携帯電話(_____) _____

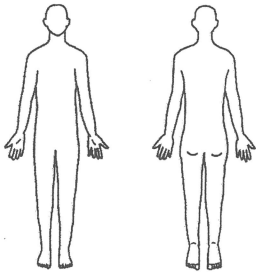
※繋がるお電話番号をご記入ください。

① あてはまるものに○をつけて下さい。

内科・小児科 熱・頭痛・咽頭痛・咳・鼻水・鼻閉・
下痢・嘔吐・腹痛・予防接種・ED

皮膚科

症状 : かゆみ・にきび・できもの
白癬(水虫)・白斑・その他(_____)



※気になる部分に○をつけて下さい。

② 症状はいつからですか？

(_____)

③ 薬・注射で発疹や気分が悪くなったことがありますか。

いいえ はい ※薬または注射の名前(_____)

症状(_____)

④ 妊娠 ・ 授乳 をしていますか。

いいえ はい

⑤ 当院を、どのようにしりましたか。

ホームページ・紹介 (_____)・看板・その他 (_____)

⑥ 原則として保険診療で行いますが、治療によっては、一部
自費診療でもよろしいですか。

いいえ はい 低額ならば