

問診表

令和 年 月 日

フリガナ 氏 名	男・女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 歳
住 所 〒 —		
☎自宅	☎携帯または連絡先	

1) 今日はどうしましたか？

・どこが？(体の場所) ※右図に印をつけて下さい。

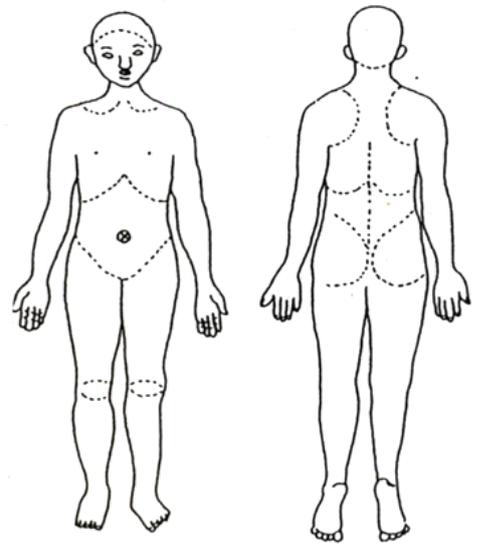
・いつからですか？

・どのような症状ですか？

かゆい・いたい・はれている・あかくなっている
その他 ()

・そのことで治療したことがありますか？

- ・はい () 病院・医院で
市販薬 () で
その他 ()
・いいえ



2) 現在治療中の病気があれば記入して下さい。

3) 現在飲んでいる薬はありますか。

- ・はい … 薬の名前 ()
・いいえ

4) 薬、注射や局所麻酔で具合が悪くなったことがありますか。

- ・はい … 薬・注射の名前 ()
・いいえ

5) 【女性の方へ】現在妊娠していますか。

- ・はい … 予定日 (令和 年 月 日)
・いいえ

6) その他、御自由に記入して下さい。

【アンケートにご協力おねがいたします】

当院を受診された動機は何ですか？

- 自宅から近く便利
 家族・知人から勧められた
 他の医院・病院からの紹介
 インターネット情報
 タウンページなどの電話帳
 駐車場がある
 その他 ()

来院時に利用する交通機関は何ですか？

- 徒歩
 自転車・バイク
 車
 バス
 JR
 その他 ()