

問診票

ふりがな

お名前： _____ 性別 男性 女性

生年月日： 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所： 〒 _____

電話番号 _____

今日はどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか？

(_____)

(症状がある場合は) それはいつ頃からですか？

(_____)

何か治療中の病気はありますか？

(_____)

これまでに大きな病気をしたことはありますか？

(_____)

アレルギー体質はありますか？

ある

ない

(女性の方) 妊娠中あるいは、妊娠している可能性はありますか？

ある

ない

(もしよろしければ当院をどのようにしてお知りになったか教えてください)

他院からの紹介 看板 通りがかり 折り込み広告

知人の紹介 (_____) ホームページ タウンページ

その他 (_____)

ふるかわ内科クリニック