

一般診療の患者様 問診票

お名前	-----	昭和・平成 年 月 日生まれ			
		年齢	歳	保険	社会保険・国保
ご住所	〒		ご連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話	

1. どんな症状ですか？

具体的にご記入ください

2. いつから症状がありましたか？

平成 年 月 日 午前・午後 時頃から

3. 症状は

しだいに重く(酷く)なってきた しだいに軽く(楽に)なってきた ずっと変わらない

4. 検査をご希望ですか？

いいえ はい 検査内容()

5. お薬をご希望ですか？

いいえ はい お薬名() アレルギー: あり なし

6. 現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

いいえ はい 妊娠()ヶ月

7. 当クリニックをどこでお知りになりましたか？

知人の紹介 ホームページ 電柱看板 野立て看板 お住まいの近所
新聞折込 雑誌・書籍 その他()