

問診票

ID _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ :

ふりがな	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
住所 〒 _____	都道 府県	市区 郡 町	
自宅電話 ()	当クリニックからの 連絡可・不可	携帯電話 ()	当クリニックからの 連絡可・不可
紹介状 あり・なし	当クリニックをどこでお知りになりましたか？ 電話帳, 看板, 紹介(知人, 施設, 役所, 医師), ホームページ, その他()		
職業	代筆者 (続柄)		

当クリニックでは、患者さま間違い防止のため、お名前でお呼びしています。
万が一、不都合な方はお申し出ください。

今日はどういうことで来られましたか？ また、それはいつごろからですか？
そのことで今まで他の病院や診療所へ行かれましたか？ (あれば具体的にお書きください)
食べ物や薬などのアレルギーはありますか？ (あれば具体的にお書きください)
今までに治療を受けた病気や、現在治療中の病気を、お書きください
現在、飲んでいる薬があれば、お書きください (お薬手帳の提示だけでも結構です)
その他、何かございましたら、お書きください

お疲れさまでした。受付にお出しいただき、お呼びするまでしばらくお待ちください。