

問診票

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号	(連絡のとりやすい番号)		
身長 cm	体重 kg	薬・食物アレルギー なし・あり()	

かぜの症状はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 下痢)
内服薬(お薬手帳があればご提示ください)
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

本日はどうなさいましたか？
※女性の方は妊娠中または妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)
当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 電柱看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> チラシ(<input type="checkbox"/> 新聞折り込み <input type="checkbox"/> ポスティング <input type="checkbox"/> その他店舗) <input type="checkbox"/> その他()