

問診票

ID . _____

受診日 令和 年 月 日

フリガナ
氏名

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住所 〒 - _____

電話番号

今日の診療目的をお書き下さい

①からだの具合が悪い

いつ頃から()

どこが()

体温 °C (測られた方のみ)

②健診などの結果について相談したい

③健診を受けたい

今までに大きな病気はされていますか？

ない・ある(頃) (にかかった)

薬のアレルギーはありますか？

ない・ある(薬品名)

ご協力ありがとうございました

はしもと内科クリニック