

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、どのように()
体温 °C
- ② 健診などの結果について相談したい()
- ③ その他()

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

はしもとファミリークリニック