

# 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