



# 問 診 票

平成 年 月 日



ふりがな			明・大	年	月	日
お名前			生年月日	昭・平	才	ヶ月
ご住所	(〒 — )					
電話番号 (携帯)	—	—	—	—	性別	男・女

・どのような症状で受診されましたか？またいつ頃からですか？  
(具体的にご記入下さい。)

[ ]

・薬や注射などで副作用が起きたことがありますか？

ある ない

→ 薬や注射の名前などがわかればご記入ください。

[ ]

・アレルギー体質といわれたことがありますか？

ある ない

→ 何のアレルギーかわかればご記入ください。

[ ]

・現在ほかに服用している薬はありますか？

ある ない

→ 薬の名前がわかればご記入ください。

[ ]

・過去に重い病気にかかったり、手術をしたことがありますか？

ある ない

→ いつ頃何の病気、手術ですか？

[ ]

・特別な体質といわれたことがありますか？

ある ない

→ どういった体質と言われたかご記入ください。

[ ]

・領収書とは別に保険診療の明細書は必要ですか？

はい いいえ

※女性の方は下記項目についてもご記入ください。

・現在妊娠している可能性はありますか？

ない ある わからない

・授乳中ですか？

いいえ はい



ご記入ありがとうございました

まつなが医院