

問診票

ID ()

ふりがな

お名前 _____ 男・女 _____ ご職業 _____

生年月日 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

ご住所 〒 _____

電話番号 () _____ 携帯番号 () _____

① 本日はどのような症状で来院されましたか？ 具体的に記入して下さい。

*いつから？

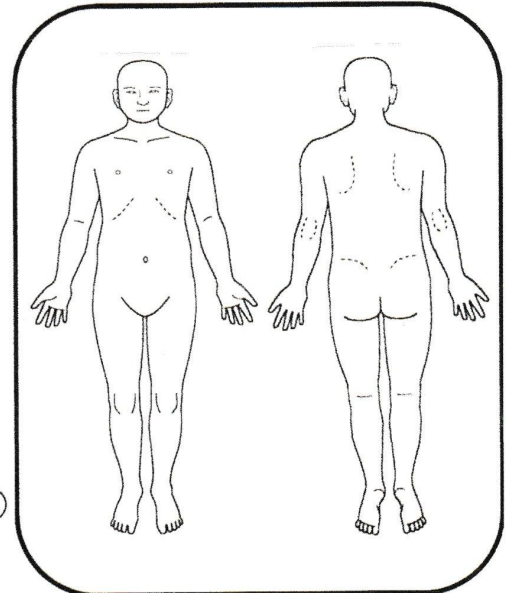
* 症状のある部位に○をつけて下さい



*原因は？

*どこが？

*どのように？



② 上記は 交通事故・労災 によるものですか？

いいえ はい (交通事故 労災)

③ 現在、他院で治療中のご病気はありますか？

いいえ はい ()

④ 過去に大きな病気・手術をしたことはありますか？

いいえ はい ⇒ 病気()
手術()

⑤ 今までに喘息やアレルギー症状(薬・食べ物等)を起こしたことがありますか？

いいえ はい ⇒ 具体的に()

⑥ 女性の方のみ 現在妊娠中の可能性はありますか？ / 授乳中ですか？

妊娠の可能性 いいえ はい / 授乳中 いいえ はい

⑦ 当院はどのようにして知りましたか？

友人・知人の紹介 _____ 他院の紹介 _____ インターネット(Yahoo、Google、iタウンページ、江東区時間、その他) _____
外看板 _____ バスのアナウンス _____ 回覧板 _____ その他() _____