

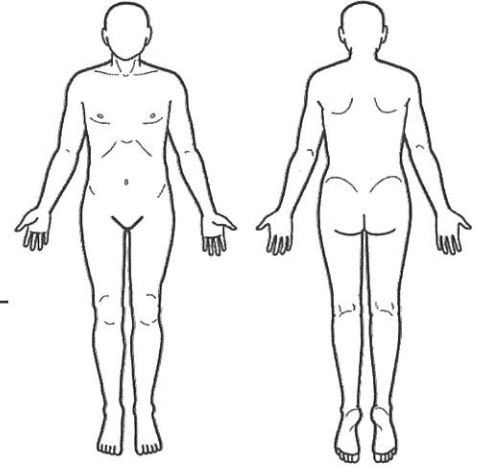
問 診 表

ふりがな	男・女	生年月日		
氏名		T・S・H・R	年	月 日(才)
〒 - 住所:				職業
電話番号:	携帯:	体重 Kg		

1. 本日受診することになった、おもな症状は？

(同じ症状で他院に通院し、処方があれば記入して下さい。)

(いつから) (部位) (症状)



2. ご家族で、今回と同じ症状のある方はいますか？

いる(誰) いない

3. 現在、通院中の医院・病院はありますか？ある方は、医院名と服用中のお薬を記入して下さい。

ない ある (医院名: _____ お薬の名前: _____)
お薬手帳 あり なし

4. アレルギーはありますか？

※お薬手帳をお持ちの場合は、提出して下さい。

ある (食事: _____ 薬: _____ その他) ない わからない

5. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠されている可能性はありますか？

はい (カ月) いいえ 授乳中

6. 飲酒・喫煙をされている方に伺います

・タバコ 吸わない 吸う _____ 本/日
・アルコール 飲まない (ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー) 量 _____ 本・合・杯/日

7. 現在、市販のサプリメントを服用していますか？

ある(_____) ない

8. 当院を何で知りましたか？

1.家族から 2.知人から 3.建物を見て 4.地下鉄広告 5.ホームページ(携帯・PC)
6.フェイスブック 7.Yahoo! 8.Google 9.その他