

問 診 票

住所	〒			
ふりがな		男	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名			女	職業
TEL	携帯 - -	自宅 () -		
E-mail	@			

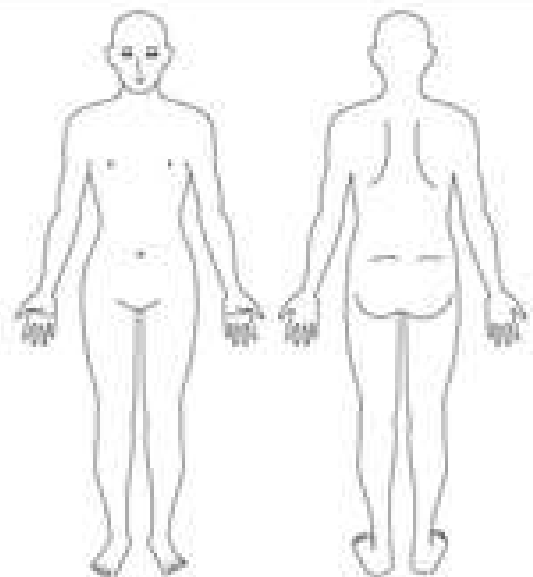
● 今回一番気になるところはどこですか？

右の図に一か所だけ、◎をつけてください。

それ以外に痛みのある部位に○をつけてください。

また、痛みはないが違和感や気になる部位があれば

△をつけて下さい。



● 右の図に◎をつけた部位について

○ いつからですか？

() 日 ・ 週 ・ カ月 ・ 年 前から

○ 原因に心当たりはありますか？ いいえ ・ はい ()

○ 他で診てもらいましたか？ いいえ ・ はい ()

● 現在かかっている病気はありますか？ いいえ ・ はい ()

● 過去に大病をしたことがありますか？ いいえ ・ はい ()

● 湿布等でカブレたことがありますか？ いいえ ・ はい ()

● 血圧はどうですか？ 普通 ・ 高い ・ 低い (② mmHg) (① mmHg)

● 妊娠していますか？ いいえ ・ はい (カ月)

★ 当院を一番最初どこでお知りになりましたか？ (複数可)

紹介 (紹介者のお名前) ・ 当院ホームページ

その他のサイト () ・ チラシ (当院前 ・ ポスティング ・ 新聞折込)

通りすがり ・ その他 ()

ありがとうございました。問診票を受付に提出後、しばらくお掛けになってお待ちください。

令和 年 月 日