

問診表

受付日 平成 年 月 日 ()

ふりがな

お名前 (男性 ・ 女性)

生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日生 (歳)

乳児の場合 (カ月)

ご住所 〒 -

電話番号 ご自宅 ()

携帯電話 ()

次の質問にお答え下さい。

症状 ()

- ・ 今の体温は？ (°C)
- ・ 薬のアレルギーはありますか？ (ある ・ ない ・ わからない)
ある方は薬の名前を記入して下さい ()
- ・ 食べ物のアレルギーはありますか？ (ある ・ ない ・ わからない)
ある方は食べ物の名前を記入して下さい ()
- ・ 現在、薬を服用されていますか？ (はい ・ いいえ)
服用されている方は記入して下さい ()
- ・ 当クリニックは、初めてですか？ (はい ・ いいえ)

小児の方

- ・ 体重は何kgですか？ (kg)

女性の方

- ・ 現在、妊娠または授乳中ですか？ (妊娠中 ・ 授乳中 ・ いいえ)

この情報は、診療以外の目的では、使用致しません。

師勝クリニック