

問診票

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	殿	才	男 女	職業	有 配偶者 無	出産歴	有・無 お子様 名
------------	---	---	--------	----	---------------	-----	-----------------

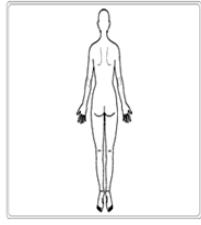
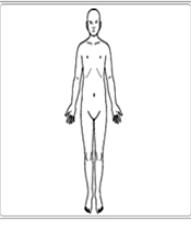
現住所 〒 _____

電話番号

当クリニックをどのようにして知りましたか？

家族・知人のすすめ 紹介 ホームページ・インターネット 駅広告 電柱看板 通りがかった その他

生年月日 T S H R 年 月 日

症状を具体的に お書きください	どこが（症状がある箇所に○をつけて下さい） どのように	 全身(背面)	 全身(正面)
症状がある方は いつ頃からですか？	1. 一週間以上前から 2. 一週間以内 3. 昨日から 4. 本日急に		
大きな病気をしたことは ありますか？ はい　・　いいえ	病名 手術をしたことはありますか？ ある　・　ない		
今、治療中の病気は ありますか？ はい　・　いいえ	病名 服用している薬		
今までに薬や注射で アレルギーが出たことは ありますか？ はい　・　いいえ	どのような薬・注射ですか？ いつごろ・どのような症状ですか？		
(女性の方のみ) 妊娠されていますか？ はい　・　いいえ	可能性あり　妊娠　週		
身長 cm	体重 kg		

ご質問や不安な点がございましたら、ご自由にお書きください



江戸川橋さくらクリニック