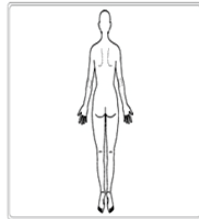
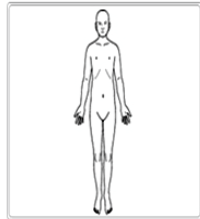


問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな 氏 名	殿	才	男 女	職業	配偶者 有 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> > 全身(背面) > 全身(正面) </div>					
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