

NO. \_\_\_\_\_

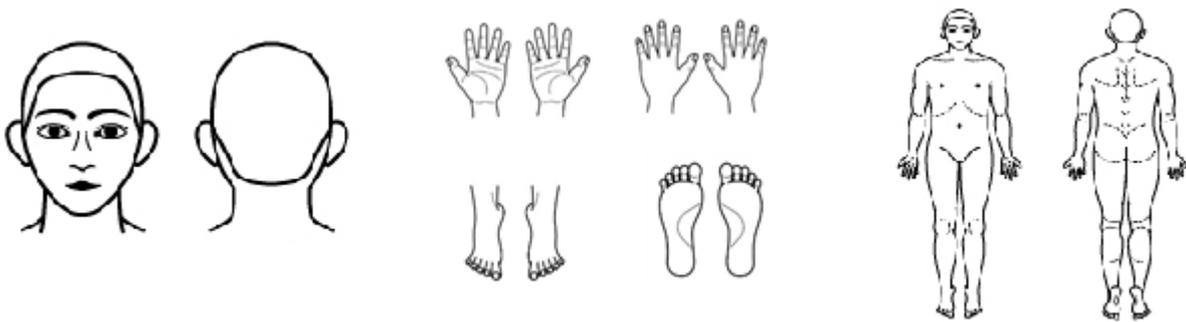
\*\*\* 問診票 \*\*\*

平成 年 月 日

【大野台クリニック】

ふりがな：		性別：男・女	
名前：			
生年月日： 年 月 日（ 歳）		体重（14歳以下の方） k g	
住所： 〒 -			
都・県 市 区			
連絡先：自宅： - -		携帯： - -	
※診察券をお持ちの方は、住所・連絡先等変更があった場合のみご記入ください			
本日の体温： ℃		血圧： /	脈拍： 回/分
当クリニックを何で知りましたか？			
1. クリニック前看板 2. 知人友人の紹介 3. ホームページ 4. その他（ ）			

1. 本日はどうされましたか？症状と場所をご記入下さい。



2. その症状はいつ頃からですか？ （ ）

3. 現在、治療中の病気はありますか？ 病名： （ ）

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？ いいえ ・ はい（薬名： ）

5. 今まで大きな病気にかかったこと、または手術を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい

※「はい」の場合：病名（ ）手術（ ）いつ頃（ ）歳  
病名（ ）手術（ ）いつ頃（ ）歳

6. 今まで薬や注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことはありますか？  
いいえ ・ はい（薬名： ）

7. アレルギー性鼻炎（花粉症など）・アレルギー性結膜炎・喘息・じんましん・アトピー性皮膚炎・緑内障・前立腺肥大（男性の方のみ）はありますか？ いいえ ・ はい（あるものに○をつけてください）

8. 女性の方はご記入ください  
現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい（ 月）  
授乳中ですか？ いいえ ・ はい

ご記入ありがとうございました。