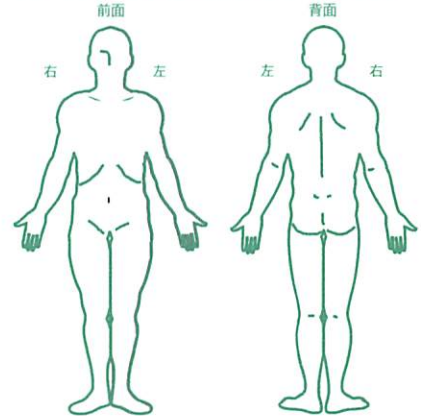


**事前問診書** 事前にプリントし、ご記入いただいてから来院していただくと便利です。

フリガナ お名前		生年 月日	大正 昭和 平成 年 月 日	住所	
ご連絡先 電話番号	自宅 ..... 携帯	勤務先・学校 電話番号		勤務先・学校名 ..... 電話番号	

◆症状をお知らせください。

診察希望箇所に印を付けてください。



◆いつ頃からですか？

---

◆症状・お怪我はどのような状況で起きましたか？

---



---

◆今までに次の疾患や大きな病気で治療を受けたことがありますか？

心疾患・糖尿病・高血圧・受けたことがない・その他 ( )

◆今までに手術を受けた事がありますか？整形外科以外もお書き下さい。

・ある ( ) ・ない

◆現在服用中のお薬はありますか？

・薬品又は病名 ( ) ・飲んでいない

◆注射、お薬でアレルギー等が起きたことはありますか？

・ある ( ) ・ない

◆過去にぜんそくの症状はありますか？

・ある ・ない

◇女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠中(妊娠の可能性が有る)、または授乳中ですか？

・はい ・いいえ

◆ご来院のきっかけをお選び下さい。

家が近所・会社、学校の近所・知人の紹介 ( )  
他医の紹介・専門医だから・インターネット・その他 ( )

◇交通事故にて受診される方にお尋ねします。

警察提出用の診断書は必要ですか？

・要 ・不要

◆その他、何かありましたらご記入下さい。

