

問 診 票

令和 年 月 日

ID:

フリガナ

氏名

男 女

大正・昭和・平成・令和（西暦 年）

生年月日

年 月 日

年齢

歳

住所

〒

電話番号

()

—

1. いつ頃からどんな症状がありますか？

↓こちらもご記入ください。

今までにかかった病気: なし

才

才

才

才

才

2. 1の症状で他の病院を受診されましたか？

アレルギー: あり・なし

タバコ: 本/日

お酒: 日/週

3. 困ったこと、何か相談したいことがあればご記入ください。

こちらは記入不要 ↓

血圧: /

脈拍: 回

身長: cm

体重: kg

4. この病院をどのようにお知りになりましたか？(○で囲って下さい。)

広告・電話帳・ホームページ・知人の紹介・その他()