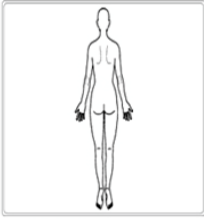
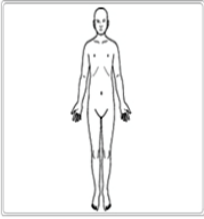


問診票

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 style="text-align: center;">  <p>> 全身(背面)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>> 全身(正面)</p> </div> </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				
今、治療中の病気は ありますか？ はい ・ いいえ	手術をしたことはありますか？ ある ・ ない				
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	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					

