

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	明治・大正		
お名前				昭和・平成	年	月
住 所	〒 -					
携帯番号	-	-	電話番号	-	-	

※ 携帯電話は緊急時に必要となることがありますので お持ちの方はご記入下さい

ご記入いただいた情報は診療の目的以外には利用いたしません

1. ①今日はどうな症状ですか 《どこ（部位）が・どのように》

②その症状はいつ頃からありますか？

③その症状について、以前に治療を受けられましたか？

(病名・医院名も可能ならご記入下さい)

④原因として思い当たる事がありますか？

ある場合は記入して下さい (薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた 等)

