

No.

## 問診票

ご面倒をおかけいたします。診療に役立てる為下記の質問にお答えください。

受診日 : 平成 年 月 日

フリガナ

氏名 :

生年月日 : 年 月 日生 ( ) 歳 男・女

住所 : 〒

電話番号 :

1). 今日はどうなさいましたか？

(例：風邪をひいた、頭が痛い、足をひねった、予防接種・健康診断希望など)

2). その症状はいつ頃からですか？

3). いままで大きな病気をしたことはありますか？

(例：3年前に虫垂炎で手術、半年前に交通事故で骨折など)

4). 現在飲んでいるお薬はありますか？

ない ・ ある…

5). 薬・食べ物などでアレルギーはありますか？

ない ・ ある…

6). 女性の方で妊娠中や授乳中の方はお知らせください

どちらでもない ・ 妊娠中 ・ 授乳中

・ 当院を受診されたきっかけは何ですか？

通りがかりに見つけた 知人・友人の紹介 ホームページを見た

その他 ( )

個人情報につきましては、当院の個人情報保護方針に従い適正に取り扱います

医療法人社団 菊池外科医院