

年 月 日

問診票(外科)

フリガナ

お名前

性別 男・女

年齢 才

生年月日

明 大 昭 平

年

月

日

住 所

(〒 -)

電話番号

携帯電話

本日はどのような症状で来院されましたか？

()

今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

()

現在飲んでいる薬はありますか？ ある なし (お薬手帳お持ちの方はご提示ください)

()

薬や食物のアレルギーはありますか？ ある なし

(食物 薬 その他)

(女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

診察に対するご希望があればご記入ください。