

問 診 票

フリガナ		電話		日中連絡の取れる電話番号 ( )		
氏名	男/女					
生年月日	明/大 昭/平	年	月	日	職業	身長 cm 体重 kg
住所	〒 _____					

① どのような症状でお困りですか

皮膚科 形成外科 内科 外科 その他

\* どの部位が、どのような症状ですか ※部位、症状は必ずご記入下さい。

\* いつからですか

② 当院に来院される前に上記の症状で、他院に行かれましたか

はい / いいえ

- \* どちらの病院に、いつ頃ですか [ ]
- \* 処方された薬は何ですか [ ]
- \* 手術を受けた方はどんな手術でしたか [ ]

③ 現在、他の症状で他院にかかっていますか

はい / いいえ

- \* どのような症状でかかっていますか [ ]
- \* 処方・服用されている薬は何ですか [ ]
- \* どちらの病院ですか [ ]

④ 今まで入院したことがありますか

はい / いいえ

- \* どのようなことで入院されましたか [ ]
- \* どちらの病院ですか [ ]
- \* 入院期間はどの位でしたか [ ]

⑤ アレルギーについて

- \* 薬のアレルギーはありますか？ はい / いいえ  
⇒ どのお薬ですか [ ]
- \* 食物のアレルギーはありますか？ はい / いいえ  
⇒ どの食物ですか [ ]
- \* 草木やその他のアレルギーはありますか？ はい / いいえ  
⇒ どのアレルギーですか [ ]

⑥ 女性の方のみお答え下さい

- \* 現在 [ 妊娠中(可能性も) / 授乳中 ] ですか？ はい / いいえ [ 月 ]

⑦ どちらで当院をお知りになりましたか？

- \* ホームページ \* 予約サイト(患者の気持ち) \* ビル看板 \* 電柱看板 \* 電話帳
- \* 紹介(知人・病院・その他) \* ツイッター \* その他( )

⑧ 当院からのお知らせ(キャンペーン情報等)をお送りしてもよろしいですか

はい / いいえ

★ご記入ありがとうございました。受付にご提出ください。