問　診　票

ふりがな **お名前**　:	**性別**: 男性 ・ 女性
生年月日 :明治、大正、昭和、平成　　年　　月　　日 （　　歳）	
ご住所:〒	
お電話番号:	**ご職業**:

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。(本日来院された主な理由をお書きください。)

（最近、頭を打撲されたことはありますか？　ない ・ ある （いつ頃ですか？---）)

2. 現在、治療中のご病気はありますか。

（a)なし　（b)あり　医療機関名 :---

病名 :---

診療内容 :---

（お薬手帳をご用意下さい。手帳が無い場合はお薬もお書きください。）

3. 今までにかかった主な病気やケガについて教えてください。

---

4. 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか。

（a)なし

（b)あり　（　　）

5. ご家族(血縁者)でご病気の方はいらっしゃいますか。(例:父が〇〇病、母が△△癌。など)

---

6. 診療に際して、ご要望や気をつけて欲しい事などありましたら、お書きください。

(「して欲しくないこと」等もどうぞ。)

ご協力ありがとうございました。なお、初診の方もお電話(042-548-1374)で予約が可能です。

こぶし脳神経クリニック

v5.0