

問 診 票

ふりがな お名前 :	性別: 男性 ・ 女性
生年月日 : 大正、昭和、平成、令和 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。)

.....

※現在、妊娠の可能性はありますか? → ない ・ ある。

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